

**République Démocratique du Congo
Enquête Démographique
et de Santé
2013-2014**

**Rapport
préliminaire**

**Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre
de la Révolution de la Modernité
et
Ministère de la Santé Publique**

**MEASURE DHS
ICF International
Rockville, Maryland, USA**

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la deuxième Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo (EDS-RDC II) menée par le Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique. L'EDS-RDC II a été réalisée avec l'appui financier du Gouvernement de la RDC, du Gouvernement des États-Unis d'Amérique à travers l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et le *President's Emergency Plan For AIDS Relief* (PEPFAR), du *Department For International Development* (DFID), de la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé (PARSS), du Fonds Mondial à travers l'ASBL Soins de Santé Primaire en milieu Rural (SANRU), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de la Fondation Gates à travers l'Université de Californie à Los Angeles (UCLA). D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération, en particulier le Laboratoire National de Référence (LNR) du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles (PNLS), l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB), le *Family Health International* (FHI 360), et le *Centers for Disease Control and prevention* (CDC) et l'Université de Caroline du Nord (UNC) aux États-Unis pour la réalisation de certains tests biologiques. ICF International a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet par le biais du programme MEASURE DHS, financé par l'USAID, et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé. Le bureau de l'OMS à Kinshasa a apporté son appui logistique notamment dans le dédouanement des fournitures médicales.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-RDC II, contacter le Ministère du Plan et SMRM, 4155, Rue des Coteaux, Quartier Petit Pont, Kinshasa/Gombe, BP 9378 Kin 1, Kinshasa, e-mail : minplan@micronet.cd.

Pour obtenir des informations sur le programme MEASURE DHS, contactez ICF International, 530, Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; Téléphone : 301-407-6500, Fax: 301-407-6501, E-mail: info@DHSprogram.com, Internet: www.DHSprogram.com.



RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



**DEUXIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE
ET DE SANTÉ
(EDS-RDC II 2013-2014)**

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

**Ministère du Plan et Suivi
de la Mise en œuvre de la
Révolution de la Modernité**

**Ministère de la Santé
Publique**

**MEASURE DHS, ICF International
Rockville, Maryland, U.S.A.**

Mai 2014



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	v
LISTE DES ACRONYMES	vi
I. INTRODUCTION	1
2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	2
2.1 Objectifs de l'enquête	2
2.2 Échantillonnage.....	2
2.3 Questionnaires.....	4
2.4 Biomarqueurs.....	6
2.5 Formation et collecte des données	8
2.6 Traitement des données.....	10
3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES	8
3.1 Couverture de l'échantillon.....	11
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	11
3.3 Fécondité.....	13
3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)	14
3.5 Utilisation de la contraception	15
3.6 Soins prénatals et accouchement	17
3.7 Vaccination des enfants	19
3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	21
3.9 Allaitement et alimentation de complément	23
3.10 État nutritionnel des enfants.....	25
3.11 Indicateurs du paludisme	27
3.12 Prévalence du paludisme.....	30
3.13 Mortalité des enfants.....	31
3.14 Connaissance du VIH/sida.....	33
3.15 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom	35
ANNEXE INDICATEURS CLÉS SELON LES NOUVELLES PROVINCES	39

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle	11
Tableau 2 :	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	12
Tableau 3 :	Fécondité actuelle.....	13
Tableau 4 :	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants	14
Tableau 5 :	Utilisation actuelle de la contraception	16
Tableau 6 :	Indicateurs de santé maternelle	18
Tableau 7 :	Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	20
Tableau 8 :	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	23
Tableau 9 :	Allaitement selon l'âge de l'enfant.....	24
Tableau 10 :	État nutritionnel des enfants	26
Tableau 11 :	Indicateurs du paludisme.....	28
Tableau 12 :	Prévalence du paludisme chez les enfants.....	30
Tableau 13 :	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	32
Tableau 14 :	Connaissance du sida.....	33
Tableau 15 :	Connaissance des moyens de prévention du VIH	34
Tableau 16.1 :	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes.....	35
Tableau 16.2 :	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes	37
Annexe 1 :	Utilisation actuelle de la contraception	40
Annexe 2 :	Indicateurs de santé maternelle	41
Annexe 3 :	Vaccination.....	42
Annexe 4 :	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	43
Annexe 5 :	État nutritionnel des enfants	44
Annexe 6 :	Prévalence du paludisme chez les enfants.....	44
Annexe 7 :	Connaissance du sida.....	45
Annexe 8 :	Connaissance des moyens de prévention du VIH	46

Liste des graphiques

Figure 1 :	Organisation de l'EDS-RDC II 2013-2014.....	4
Figure 2 :	Biomarqueurs et population cible.....	6
Graphique 1 :	Indice synthétique de fécondité, EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014	10
Graphique 2 :	Prévalence contraceptive (femmes en union), EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014	15
Graphique 3 :	Indicateurs de santé maternelle, EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014	19
Graphique 4 :	Couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois), EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014	21
Graphique 5 :	Prévalence des symptômes d'IRA, fièvre et diarrhée, EDS-RDC II 2013-2014	22
Graphique 6 :	Malnutrition des enfants de moins de cinq ans, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013	18
Graphique 7 :	Utilisation des moustiquaires, EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014.....	29
Graphique 8 :	Mortalité des enfants, EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013- 2014.....	25
Carte 1 :	Prévalence du paludisme, EDS-RDC II 2013-2014 31	31

LISTE DES ACRONYMES

CDC	Centers for Disease Control and prevention, USA
CDV	Centre de Conseils et Dépistage Volontaire
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaisons à base d'Artémisinine
DBS	Dry Blood Spots (Gouttes de sang séché)
DFID	Department For International Development (Département britannique pour le Développement International)
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DSCR 2	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de deuxième génération
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDS-RDC	Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo
ESP	Ecole de Santé Publique
FHI	Family Health International
GPS	Geographic Position System
ICF	Inner City Fund
INRB	Institut National de Recherche Biomédicale
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
LNR	Laboratoire National de Référence
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PARSS	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction (Réaction en chaîne par polymérase)
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections sexuellement Transmissibles
RDC	République Démocratique du Congo
SANRU	Soins de Santé Primaire en milieu Rural
SRO	Sel de Réhydratation par voie Orale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UCLA	Université de Californie à Los Angeles
UNC	Université de Caroline du Nord (USA)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Fonds des Nations Unies pour la Population)
USAID	United States Agency for International Development (Agence américaine pour le développement international)
VAT	Vaccin Anatoxine Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

La deuxième Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo (EDS-RDC II) a été réalisée en 2013-2014 dans le cadre du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (*Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS*).

Elle a été initiée par le Gouvernement de la RDC pour disposer des outils lui permettant i) d'évaluer à mi-parcours ses programmes et projets de développement et, en particulier, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2001-2015) du Ministère de la Santé Publique, et le Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de la deuxième génération (DSCR 2, 2011-2015) ; ii) d'actualiser les principaux indicateurs démographiques et sanitaires de base. Pour ce faire, l'EDS-RDC II a collecté des données sur les niveaux de fécondité ; les préférences en matière de fécondité ; la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale ; la mortalité des enfants ; la mortalité maternelle ; la santé maternelle et infantile ; les pratiques en matière d'allaitement ; l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de 5 ans ; la possession et l'utilisation de moustiquaires ; la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH/Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles ; les dépenses des ménages en matière de santé ; le travail et la discipline des enfants ; et les violences domestiques. L'EDS-RDC II a également réalisé sur le terrain le test d'anémie chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans et le test de diagnostic rapide du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, cette enquête a permis de collecter des échantillons de sang sur lames ou sur papiers filtres pour la réalisation, dans les laboratoires spécialisés, du test de VIH chez les femmes de 15-49 ans et chez les hommes de 15-59 ans ainsi que des tests de parasitémie palustre et d'immunisation contre la rubéole, la rougeole, la poliomyélite et le tétanos chez les enfants de moins de 5 ans.

Le rapport préliminaire présente les premiers résultats clés de l'EDS-RDC II qui ont été produits dès la fin de l'exploitation informatique des données collectées sur le terrain du 13 août au 12 septembre 2013 pour Kinshasa et du 20 novembre 2013 au 7 février 2014 pour le reste du pays. Le rapport est conçu pour fournir, le plus rapidement possible après la fin de la collecte, aux décideurs et prestataires de services, des informations sur le niveau de certains indicateurs clés. Il est essentiellement descriptif et ne couvre pas tous les domaines de l'enquête.

Un rapport final sera produit dans les prochains mois après une analyse complète des données de l'ensemble des domaines couverts par l'enquête.

Bien que préliminaires, on ne s'attend pas à ce que les résultats présentés dans ce rapport préliminaire diffèrent significativement de ceux qui figureront dans le rapport final. Ils peuvent donc être utilisés sans crainte par les responsables des politiques et programmes de population et de santé.

2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 Objectifs de l'enquête

La deuxième Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo (EDS-RDC II) visait les principaux objectifs suivants :

1. Calculer des indicateurs démographiques essentiels, plus particulièrement les taux de fécondité et de mortalité infantile et infanto-juvénile et analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et la tendance de la fécondité et de la mortalité infanto-juvénile ;
2. Mesurer les niveaux de connaissance et de pratique contraceptive des femmes par méthode ; évaluer le comportement des adolescents en matière de santé de la reproduction (contraception, sexualité, utilisation des services) ;
3. Apprécier l'état de santé familiale : vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans, visites prénatales, assistance à l'accouchement et visites postnatales ;
4. Estimer la prévalence de la fièvre, le degré de prévention et de traitement du paludisme, en particulier la possession et l'utilisation de moustiquaires, la prévention du paludisme chez les femmes enceintes, le traitement des enfants atteints de fièvre ;
5. Évaluer l'état nutritionnel des enfants et des femmes, apprécier les pratiques nutritionnelles des enfants, y compris l'allaitement ; mesurer le niveau de consommation du sel iodé par les ménages ;
6. Evaluer la prévalence de l'anémie parmi les enfants de moins de cinq ans, les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans ;
7. Évaluer le niveau d'accessibilité de la population à l'eau potable et à l'assainissement adéquat ;
8. Apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des femmes et des hommes au sujet des IST et du sida ;
9. Estimer la prévalence du VIH à travers des prélèvements de sang pour le dépistage anonyme du VIH auprès des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans ;
10. Estimer la prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants de 6-59 mois à travers un test rapide, l'examen microscopique de la goutte épaisse et un test PCR ;
11. Estimer la couverture vaccinale des jeunes enfants contre la rubéole, la rougeole, le tétanos et la polio, à travers l'analyse de gouttes de sang séché ;
12. Évaluer la situation des enfants à travers la collecte d'informations sur le travail, la discipline et le développement des jeunes enfants ;
13. Estimer les dépenses de santé des ménages ;
14. Estimer, à l'échelle nationale, le niveau de la mortalité adulte et particulièrement la mortalité maternelle ;
15. Évaluer le statut de la femme en rapport avec les violences domestiques.

2.2 Échantillonnage

L'EDS-RDC II visait à produire des résultats représentatifs au niveau de l'ensemble du pays, au niveau du milieu urbain et du milieu rural séparément, et au niveau de chacune des onze

provinces. En outre, pour la plupart des indicateurs, l'EDS-RDC II visait à produire des résultats représentatifs au niveau de chacune des vingt six nouvelles provinces, chaque nouvelle province étant un domaine d'étude. Pour ce faire, le territoire national a été découpé en vingt-six domaines d'étude et, dans chaque domaine d'étude, trois strates ont été créés : la strate des villes statutaires, la strate des cités et la strate du milieu rural. Le tirage de l'échantillon a été fait strate par strate. Ainsi, l'échantillon de l'EDS-RDC II est basé sur un sondage aréolaire, stratifié au niveau des unités primaires et tiré à plusieurs degrés.

Pour les strates des villes statutaires et des cités, on a tiré, au premier degré, un certain nombre de quartiers à partir de la liste exhaustive de l'ensemble des quartiers des villes ou des cités. Au second degré, on a tiré 34 ménages dans les quartiers sélectionnés au premier degré. Pour les strates du milieu rural, on a tiré au premier degré le secteur ou la chefferie et au deuxième degré un ou plusieurs villages dans les secteurs et chefferies tirés au premier degré. Au troisième degré, on a tiré 34 ménages dans les villages tirés au deuxième degré. Au premier degré, le tirage a été effectué avec probabilité proportionnelle à la taille en population des unités de sondage, tandis qu'aux deuxième et troisième degrés, on a procédé à un tirage systématique avec probabilité égale. La base de sondage de l'EDS-RDC II est le recensement général de la population de 1984 qui a été actualisé partiellement plusieurs fois par des recensements administratifs et récemment par l'élection présidentielle. Cette base de sondage est la même que celle qui a été utilisée par l'enquête MICS de 2010 et par l'enquête 1-2-3 (Emploi, Secteur Informel et Consommation des ménages) de 2012, menées par l'Institut National de la Statistique (INS).

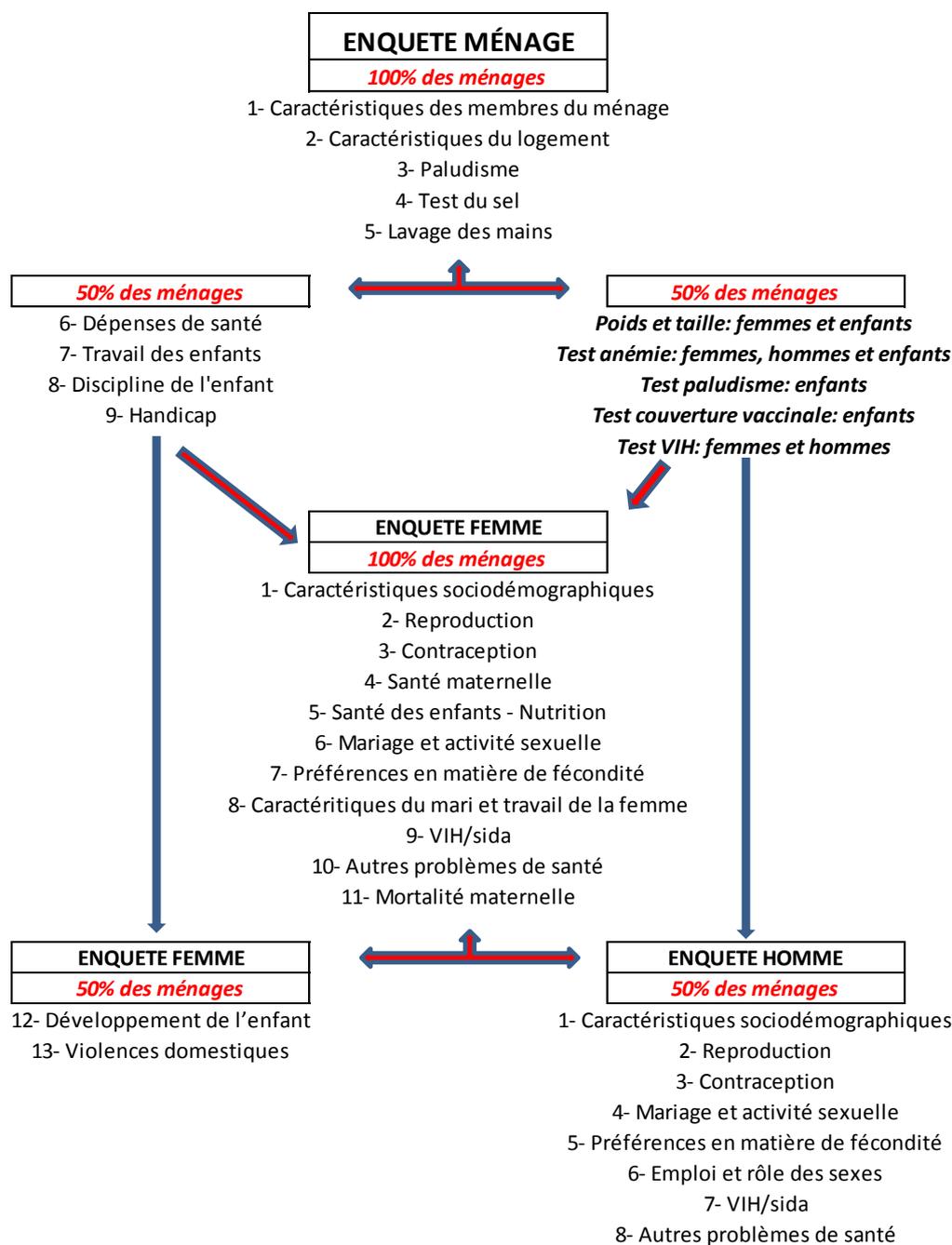
L'unité de sondage finale retenue est la grappe (quartier ou village) et, au total, 540 grappes ont été tirées. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces unités a fourni une liste exhaustive de ménages à partir de laquelle a été tiré un échantillon de ménages. La grappe correspond au quartier ou au village lorsque la taille de celui-ci, en ménages, n'excède pas 500. Au-delà de ce nombre, le quartier ou le village échantillonné a été subdivisé en plusieurs segments parmi lesquels un seul a été retenu dans l'échantillon. À l'opposé, les villages de petite taille ont été regroupés.

Un total de 18 360 ménages (5 474 en milieu urbain dans 161 grappes et 12 886 en milieu rural dans 379 grappes) ont été sélectionnés. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux (voir figure 1), tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour être enquêtés.

Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. Dans le même sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, on a réalisé un test d'hémoglobine pour estimer la prévalence de l'anémie auprès de toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants de 6-59 mois identifiés dans les ménages. Dans ce même sous-échantillon, toutes les femmes ainsi que tous les enfants de moins de cinq ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Enfin, dans ce sous-échantillon, les enfants de 6-59 mois étaient également éligibles pour un test du paludisme et pour des tests de couverture vaccinale. Par ailleurs, dans le

sous-échantillon de ménages non sélectionnés pour l'enquête homme, une seule femme était éligible pour le module sur les violences domestiques.

Figure 1. Organisation de l'EDS-RDC II 2013-2014



2.3 Questionnaires

Trois types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EDS-RDC II : le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS. Une adaptation aux besoins spécifiques de la RDC a été faite sur des bases participatives au cours de plusieurs réunions ayant regroupé toutes les parties prenantes à cette enquête.

Le **questionnaire ménage** a permis d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Il a aussi permis d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour des interviews individuelles et de collecter des informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source d'eau de boisson, le type de toilettes, le type de matériaux du sol du logement, la possession de certains biens durables, la possession et l'utilisation de la moustiquaire, le lavage des mains et le degré d'iodation du sel de cuisine utilisé dans le ménage.

Le questionnaire ménage a aussi servi à collecter les données sur certains modules rajoutés dans le sous-échantillon des ménages où il n'y avait pas enquête homme (voir Figure 1). Il s'agit des dépenses de santé des ménages, du travail des enfants, de la discipline de l'enfant, et du handicap.

Enfin le questionnaire ménage a également été utilisé pour enregistrer les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille), des tests d'hémoglobine et de paludisme, et des prélèvements sanguins effectués pour le test du VIH et les tests de couverture vaccinale.

Le **questionnaire individuel femme** a été utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, résidentes ou visiteuses. Il comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Grossesse et soins postnatals ;
- Vaccination des enfants, Santé et Nutrition ;
- Mariage et Activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du mari et Travail de la femme ;
- VIH/SIDA ;
- Autres problèmes de santé ;
- Mortalité maternelle ;

En outre, deux sections ont été rajoutées dans la moitié des ménages où il n'y a pas eu d'enquête homme (Figure 1). Il s'agit du développement et éveil de l'enfant et des violences domestiques.

Le **questionnaire individuel homme** est complètement indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Contraception ;

- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Emploi et rôle des sexes ;
- VIH/SIDA ;
- Autres problèmes de santé.

Tous les questionnaires ont été traduits dans les quatre principales langues nationales : Kikongo, Lingala, Swahili et Tshiluba.

2.4 Biomarqueurs

Dans la moitié des ménages où il y a eu l'enquête homme, toutes les femmes de 15-49 ans, tous les hommes de 15-59 ans et tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'hémoglobine. Dans la même moitié des ménages, les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test de paludisme et les tests pour la couverture vaccinale. Toujours dans le même sous-échantillon, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH (Voir Figure 2). Les protocoles pour les tests d'anémie, du paludisme, de la couverture vaccinale et du VIH ont été approuvés par les différents comités d'éthique dont le Comité d'Éthique de l'École de Santé Publique (ESP) de l'Université de Kinshasa et le Comité d'Éthique (*Institutional Review Board*) d'ICF International. Le protocole de l'enquête a également été revu par le CDC-Atlanta..

Figure 2. Biomarqueurs et population cible

Groupes éligibles pour la collecte de tests biologiques*	Poids	Taille	Test de paludisme (TDR et goutte épaisse)	Test d'anémie	Collecte de DBS pour les tests du paludisme (PCR) et de la couverture vaccinale	Collecte de DBS pour le test du VIH
Enfants de 0-5 mois	X	X				
Enfants de 6-59 mois	X	X	X	X	X	
Femmes de 15-49 ans	X	X		X		X
Hommes de 15-59 ans				X		X

2.4.1 Test d'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie. Ce test est effectué en utilisant le système HemoCue. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur piquait le bout du doigt avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une micro cuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ce résultat, enregistré dans le questionnaire ménage, était communiqué à la personne testée, ou au parent/adulte responsable pour les enfants, en lui expliquant la signification du résultat. Si la personne présentait une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), l'enquêteur lui remettait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès d'une formation sanitaire. Un prospectus d'information sur l'anémie était remis à chaque ménage où le test était effectué.

2.4.2 Test du paludisme

Le paludisme est une maladie infectieuse due à un parasite du genre *Plasmodium*, propagée par la piqûre d'un moustique femelle du genre Anophèles. Des prélèvements de sang ont été effectués auprès de tous les enfants de 6-59 mois des ménages concernés, pour lesquels le parent ou l'adulte responsable avait donné son consentement éclairé.

Le test de paludisme consistait en un Test de Diagnostic Rapide (TDR), plus précisément le *SD BIOLINE Malaria Antigen P.f.* Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur collectait une goutte de sang (généralement de la même piqûre faite pour le test d'hémoglobine) sur le kit du TDR. Le résultat du test était disponible au bout de 15 minutes et était communiqué immédiatement au parent ou à la personne responsable de l'enfant après avoir été enregistré dans le questionnaire ménage. Un traitement (Combinaison Thérapeutique d'Antipaludéens, ou CTA, à base d'Artésunate et d'Amodiaquine) était alors proposé aux parents (ou personne responsable) des enfants qui présentaient un paludisme simple¹ et qui n'étaient pas déjà sous traitement.

On a également collecté auprès des enfants de 6-59 mois une goutte de sang sur une lame porte-objet pour préparer une goutte épaisse. La goutte de sang était obtenue à partir de la même piqûre au bout du doigt effectuée pour le test d'hémoglobine et le TDR. Après séchage, les lames étaient rangées dans des boîtes spéciales avec des dessiccateurs et des contrôleurs d'humidité. Ces boîtes étaient transférées de façon régulière au LNR pour la recherche d'hématozoaires par microscopie qui a été réalisée au fur et à mesure de la collecte.

2.4.3 Test du VIH

Le test du VIH a été prévu dans le sous-échantillon des ménages où il y avait l'enquête homme. Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de la collecte, on a remis aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, une carte de référence pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuit auprès des établissements de santé offrant ces services. Dans les sites d'enquête où ces services ne sont pas disponibles, le projet EDS-RDC II a bénéficié de l'appui de *Family Health International* (FHI 360) et de Caritas/Congo pour offrir ces services en organisant des Centres de Conseils et Dépistage (CDV) mobiles.

Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur prélevait des gouttes de sang capillaire sur un papier filtre. Une étiquette contenant un code à barres était alors collée sur le papier filtre. On a ensuite collé une deuxième étiquette avec le même code à barres sur le

¹ On considère qu'un enfant a un paludisme simple lorsqu'il est testé positif au TDR, qu'il ne présente aucun des symptômes suivants (prostration, perte de conscience, respiration difficile avec tirage ou sifflement, convulsion, saignements anormaux, ictère/jaunisse avec coloration des yeux, urine noire ou brune, vomissements) et que son niveau d'hémoglobine est de 6 g/dl ou plus.

questionnaire ménage, sur la ligne correspondant à la personne éligible. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché (Dry Blood Spot – DBS) était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Les sacs en plastique individuels ont été ainsi conservés jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête à Kinshasa pour enregistrement, vérification et transfert au Laboratoire National de Référence (LNR). Celui-ci enregistrait à son tour les prélèvements et scannait les codes à barre avant de les stocker à basse température (- 80 degrés Celsius).

Lorsque le fichier de données de l'enquête est vérifié, apuré, les coefficients de pondération appliqués et les résultats préliminaires présentés, tous les identifiants permettant de retrouver un individu (plus précisément les numéros de ménage et de grappe) seront brouillés et remplacés par des numéros générés aléatoirement. Tous les identifiants originaux seront détruits du fichier de données. Par ailleurs, les couvertures des questionnaires contenant ces identifiants seront également détruites. C'est à ce stade là que le LNR sera autorisé à commencer l'analyse des prélèvements de sang. Un rapport préliminaire présentant l'approche méthodologique et les résultats du test de dépistage du VIH sera élaboré et publié ultérieurement.

2.4.4 Tests du paludisme (PCR) et de couverture vaccinale

Après obtention du consentement éclairé pour analyse par PCR (Réaction en chaîne par polymérase) pour le paludisme et les tests permettant d'évaluer la couverture vaccinale, l'enquêteur prélevait également auprès des enfants de 6-59 mois des gouttes de sang capillaire sur un papier filtre. Après séchage et stockage dans les mêmes conditions que les DBS des adultes pour le VIH, les DBS des enfants ont été transportés à l' Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) pour être enregistrés et découpés en trois parties :

- 1 DBS était conservé à l'INRB pour le test permettant de déterminer si les enfants sont immunisés contre le tétanos, la rubéole et la rougeole (analyse en cours) ;
- 1 DBS a été envoyé à *University of North Carolina* (UNC - USA) pour le PCR du paludisme (analyse en cours) ;
- 1 DBS a été envoyé au CDC-Atlanta (USA) pour le test permettant de déterminer si les enfants sont immunisés contre la polio (analyse en cours).

2.5 Formation et collecte des données

2.5.1 Formation

Afin de garantir une collecte de données fiables, trois sessions de formation du personnel de terrain ont été organisées. La première session de formation a été organisée du 23 avril au 25 mai 2013, pour préparer les candidats superviseurs de terrain à la réalisation de l'enquête pilote. Au total 83 candidats au poste de superviseur de pool et superviseur santé ont été formés durant cinq semaines. Ce sont ces personnes qui ont réalisé sur le terrain l'enquête pilote qui avait pour objectif de tester les outils de collecte, la traduction des questions dans les quatre langues nationales et toute la stratégie de mise en œuvre de l'EDS-RDC II. La deuxième session de formation a été organisée du 10 juillet au 12 août 2013, pour préparer les candidats superviseurs

de terrain à la réalisation de l'enquête principale à Kinshasa. Parmi les 83 candidats formés au premier tour, 78 ont été retenus pour la deuxième session qui a également duré cinq semaines. Parmi les 78 personnes formées, 72 ont été sélectionnées pour mener l'enquête principale à Kinshasa. La troisième session de formation s'est déroulée dans les 33 pools d'enquête, dans la période allant du 20 octobre au 2 décembre 2013. Elle a été animée par les superviseurs de pool, avec l'appui des superviseurs santé, et a concerné 626 candidats enquêteurs/Enquêtrices et agents de santé.

Toutes les sessions de formation ont porté sur les techniques d'interview ; le remplissage des questionnaires ; les techniques de prise des mesures anthropométriques, de prélèvement des échantillons de sang, de réalisation du TDR de paludisme et du test d'anémie, de collecte de sang sur lames pour la goutte épaisse (enfants) et de collecte des DBS pour les tests de couverture vaccinale (enfants) et le test de VIH (adultes) ; les techniques de mise à jour cartographique des zones d'enquête, de tirage de l'échantillon des ménages à enquêter et de relevé des coordonnées géographiques des grappes à l'aide d'unités GPS.

L'approche utilisée a consisté en i) une lecture concomitante des manuels d'instructions et des questionnaires suivie d'explications et de démonstrations ; ii) des jeux de rôle en salle entre personnel en formation suivis de discussions ; iii) des jeux de rôle en salle avec des personnes extérieures suivis de discussions ; iv) des pratiques sur le terrain dans des ménages réels et dans des formations sanitaires suivies de discussions en salle ; v) l'organisation régulière des évaluations des connaissances acquises suivies de discussions en salle et vi) l'organisation des missions de suivi des formations dans les pools par les membres du comité technique, les experts d'ICF International et les partenaires techniques.

2.5.2 Collecte des données

Les travaux de terrain de l'enquête pilote se sont déroulés du 1^{er} au 9 juin 2013 dans douze sites dont huit en milieu urbain (ville de Kinshasa) et quatre en milieu rural (deux à Maluku aux environs de Kinshasa et deux à Kasangulu dans la province du Bas-Congo). Ces sites ont été choisis en dehors de l'échantillon de l'enquête principale. Les leçons tirées de ce pré-test (rendement des enquêteurs, acceptation de l'enquête, etc.) ont été valorisées dans la finalisation des outils de collecte et de la stratégie de mise en œuvre de l'enquête.

Les travaux de terrain de l'enquête principale ont été réalisés en deux temps. Ils ont été organisés d'abord à Kinshasa, du 13 août au 12 septembre 2013 par les 72 candidats superviseurs de pool et superviseurs santé formés et organisés en 12 équipes de 6 personnes chacune. Ensuite, ils se sont déroulés dans les 33 pools, du 20 novembre 2013 au 7 février 2014 et exécutés par 560 agents répartis en 130 équipes de travail. Chaque équipe urbaine ou urbano-rurale était composée de six personnes : un chef d'équipe, une contrôlease, un enquêteur agent de santé, une enquêtrice agent de santé et deux enquêtrices. Une équipe rurale comprenait 4 personnes : un chef d'équipe/contrôleur, un enquêteur agent de santé, une enquêtrice agent de santé et une enquêtrice. Un certain nombre d'équipes (deux à six) étaient placées sous la responsabilité d'un superviseur de pool (33 personnes) appuyé par un superviseur santé (33 personnes). Les contrôleuses et les chefs d'équipes ont reçu une formation complémentaire axée

sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique, le contact avec les autorités et les populations.

Pour s'assurer de la qualité du travail de terrain, les stratégies suivantes ont été mises en œuvre : i) réalisation de l'enquête principale dans la ville-province de Kinshasa par les candidats superviseurs de pool et les candidats superviseurs santé, travaillant comme enquêteurs/enquêtrices/agents de santé sous la supervision directe des membres de l'équipe d'encadrement technique, afin de s'assurer qu'ils ont maîtrisé tout le processus ; ii) organisation du travail en petites équipes avec un chef d'équipe et une contrôleuse pour un suivi rapproché des agents ; iii) réalisation de l'enquête dans la(les) grappe(s) se trouvant au chef-lieu de pool ou proche(s) de celui-ci par tous les agents de terrain retenus à l'issue de la formation pour s'assurer qu'ils sont prêts avant leur déploiement vers les grappes d'enquête lointaines ; iv) organisation des missions de suivi des équipes de travail (Superviseurs de pool, superviseurs santé, membres du comité technique, etc.).

2.6 Traitement des données

Le traitement de données de l'enquête était réalisé parallèlement aux travaux de collecte des informations auprès des ménages pour un meilleur suivi de la qualité des données recueillies par les agents de terrain. La saisie a été organisée au moyen du logiciel CSPro. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter pour chaque équipe à Kinshasa et pour chaque pool dans les autres provinces, les principales erreurs de collecte. Ces informations étaient communiquées aux équipes à Kinshasa et aux superviseurs dans les pools lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

La vérification de la cohérence interne des données saisies a été réalisée de mi-septembre à mi-octobre 2013 pour Kinshasa. Celle des données des 33 pools a débuté le 3 décembre 2013 et s'est achevée le 30 mars 2014. L'édition et l'apurement final de l'ensemble des données se sont poursuivis jusqu'en mai 2014.

Le traitement des données a été réalisé par 36 agents de saisie, un contrôleur de saisie, un superviseur de saisie, 16 agents d'édition et un superviseur d'édition et un informaticien.

3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au cours de l'EDS-RDC 2013-2014, un échantillon de 540 grappes a été tiré dont 536 ont pu être visitées. Quatre grappes (deux dans le Katanga, une dans la province Orientale et une dans le Nord-Kivu) n'ont pas pu être visité pour cause d'insécurité. Au total, 18 224 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 18 190 ménages ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 18 190 ménages, 18 171 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,9 % (Tableau 1). Les taux de réponses sont quasiment identiques en milieu rural et en milieu urbain.

Dans les 18 171 ménages enquêtés, 19 097 femmes âgées de 15-49 ans étaient éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 18 827 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 98,6 %. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : 8 883 hommes étaient éligibles et 8 656 ont été interviewés (taux de réponse de 97,4 %). Les taux de réponse enregistrés en milieu urbain sont légèrement plus faibles que ceux obtenus en milieu rural tant chez les femmes (97,8 % contre 99,0 %) que chez les hommes (95,6 % contre 98,5 %).

Tableau 1. Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondéré), République Démocratique du Congo 2013-2014

Résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Interview des ménages			
Ménages sélectionnés	5 474	12 750	18 224
Ménages identifiés	5 454	12 736	18 190
Ménages interviewés	5 442	12 729	18 171
Taux de réponse des ménages ¹	99,8	99,9	99,9
Interview des femmes de 15-49 ans			
Effectif de femmes éligibles	6 978	12 119	19 097
Effectif de femmes éligibles interviewées	6 827	12 000	18 827
Taux de réponse des femmes éligibles ²	97,8	99,0	98,6
Interview des hommes de 15-59 ans			
Effectif d'hommes éligibles	3 147	5 736	8 883
Effectif d'hommes éligibles interviewés	3 008	5 648	8 656
Taux de réponse des hommes éligibles ²	95,6	98,5	97,4

¹ Ménages interviewés/Ménages occupés.

² Enquêtés interviewés/Enquêtés éligibles.

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire celles en âge de procréer et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cibles de l'EDS-RDC II. Le tableau 2 présente la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la province et le niveau d'instruction.

La répartition par âge met en évidence une forte proportion de jeunes. En effet, 41 % de femmes et le même pourcentage d'hommes sont âgés de 15-24 ans. Au fur et à mesure que l'âge augmente, on constate une diminution des proportions. Globalement, ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune. En ce qui concerne l'état matrimonial, on relève que 64 % de femmes et 55 % d'hommes étaient en union au moment de l'enquête. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (42 % contre 26 %). À l'inverse, la proportion de personnes en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage) est légèrement plus élevée chez les femmes (10 %) que chez les hommes (4 %).

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	21,5	4 054	3 981	22,4	1 740	1 700
20-24	19,6	3 697	3 680	18,1	1 407	1 369
25-29	18,8	3 533	3 485	15,9	1 232	1 253
30-34	13,9	2 623	2 572	13,6	1 053	1 062
35-39	11,6	2 186	2 191	10,9	844	840
40-44	8,1	1 531	1 595	10,2	791	785
45-49	6,4	1 202	1 323	8,9	688	693
État matrimonial						
Célibataire	26,0	4 899	4 545	41,8	3 239	3 072
Marié(e)	46,5	8 755	9 254	42,8	3 323	3 445
Vivant ensemble	17,7	3 341	3 194	11,7	907	894
Divorcé(e)/séparé(e)	7,5	1 413	1 394	3,2	248	247
Veuve/veuf	2,2	420	440	0,5	39	44
Milieu de résidence						
Urbain	38,4	7 225	6 827	37,5	2 910	2 720
Rural	61,6	11 602	12 000	62,5	4 845	4 982
Province						
Kinshasa	12,0	2 255	1 804	11,4	881	676
Bas-Congo	4,6	864	945	4,4	340	383
Bandundu	16,0	3 012	2 473	15,8	1 228	1 009
Équateur	13,1	2 457	2 696	14,2	1 098	1 183
Orientale	9,7	1 830	2 137	10,0	774	876
Nord-Kivu	8,6	1 611	1 154	7,7	600	427
Sud-Kivu	7,3	1 376	1 033	6,8	526	417
Maniema	3,0	558	855	3,2	252	389
Katanga	9,6	1 812	2 196	10,3	797	947
Kasaï-Oriental	9,8	1 841	2 073	10,0	773	827
Kasaï-Occidental	6,4	1 210	1 461	6,3	487	568
Nouvelle Province						
Kinshasa	12,0	2 255	1 804	11,4	881	676
Kwango	4,4	836	823	4,4	339	328
Kwilu	7,2	1 360	956	6,8	524	364
Mai-Ndombe	4,3	816	694	4,7	365	317
Kongo Central	4,6	864	945	4,4	340	383
Équateur	2,8	520	495	3,2	248	221
Mongala	2,4	456	542	2,6	202	219
Nord-Ubangi	1,5	278	536	1,5	118	242
Sud-Ubangi	4,2	785	574	4,7	367	290
Tshuapa	2,2	418	549	2,1	164	211
Kasaï	2,9	541	743	2,6	199	264
Kasaï-Central	3,6	669	718	3,7	288	304
Kasaï-Oriental	4,0	745	708	4,1	318	287
Lomami	4,2	793	788	4,1	320	301
Sankuru	1,6	303	577	1,7	134	239
Haut-Katanga	4,4	827	612	4,8	376	247
Haut-Lomami	1,9	353	552	2,3	176	279
Lualaba	1,8	333	459	1,6	121	186
Tanganyika	1,6	299	573	1,6	124	235
Maniema	3,0	558	855	3,2	252	389
Nord-Kivu	8,6	1 611	1 154	7,7	600	427
Bas-Uele	2,0	370	463	2,0	155	195
Haut-Uele	2,0	370	480	2,0	158	184
Ituri	3,1	585	592	3,0	235	227
Tshopo	2,7	505	602	2,9	226	270
Sud-Kivu	7,3	1 376	1 033	6,8	526	417
Niveau d'instruction						
Aucun	15,4	2 903	3 357	4,1	316	304
Primaire	36,9	6 949	7 320	21,8	1 689	1 894
Secondaire	44,0	8 287	7 589	65,3	5 068	4 950
Supérieur	3,7	688	561	8,8	682	554
Ensemble 15-49	100,0	18 827	18 827	100,0	7 755	7 702
50-59	na	na	na	na	901	954
Ensemble 15-59	na	na	na	na	8 656	8 656

Note: Les niveaux d'instruction correspondent au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non.
na = Non applicable

La répartition selon le milieu de résidence montre que 38 % de femmes et 38 % d'hommes résident en milieu urbain dont un peu moins d'un tiers à Kinshasa (12 % des femmes et 11 % des hommes).

En outre, on constate que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, 4 % d'hommes contre 15 % de femmes n'ont aucun niveau d'instruction. La proportion d'hommes qui ont un niveau d'instruction primaire est de 22 % contre 37 % chez les femmes. Concernant le niveau secondaire, les proportions sont respectivement de 65 % et de 44 %. Bien qu'en augmentation, les proportions de personnes ayant atteint le niveau d'instruction supérieur sont encore faibles (4 % chez les femmes contre 9 % chez les hommes).

3.3 Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

Le tableau 3 indique que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 6,6 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 7,3 enfants par femme) qu'en milieu urbain (5,4 enfants). On observe également qu'à tous les âges, les taux de fécondité sont plus élevés en milieu rural qu'urbain. Les taux de fécondité par âge sont élevés dès l'âge de 15-19 ans (138 ‰) et augmentent rapidement pour atteindre un maximum à 25-29 ans (307 ‰) avant de baisser de façon régulière avec l'âge.

La comparaison des résultats de l'EDS-RDC I 2007, de la MICS-RDC 2010 et de l'EDS-RDC II 2013-2014 (Graphique 1) montre que la fécondité n'a que peu varié au cours des sept dernières années. Il semblerait que l'ISF ait légèrement augmenté, passant de 6,2 enfants par femme en 2007, à 6,3 en 2010 et à 6,6 en 2013-2014. Cependant, ces différences n'étant pas statistiquement significatives, on ne peut donc pas parler de hausse ; tout au plus, on peut affirmer que la fécondité n'a pas significativement changé au cours des sept dernières années.

Tableau 3. Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années précédant l'enquête, par milieu de résidence, République Démocratique du Congo 2013-2014

Groupe d'âges	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	104	162	138
20-24	203	323	274
25-29	282	322	307
30-34	232	282	264
35-39	176	233	212
40-44	80	107	97
45-49	7	26	20
ISF (15-49)	5,4	7,3	6,6
TGFG	183	250	224
TBN	40,5	45,9	44,1

Note: Les taux sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.

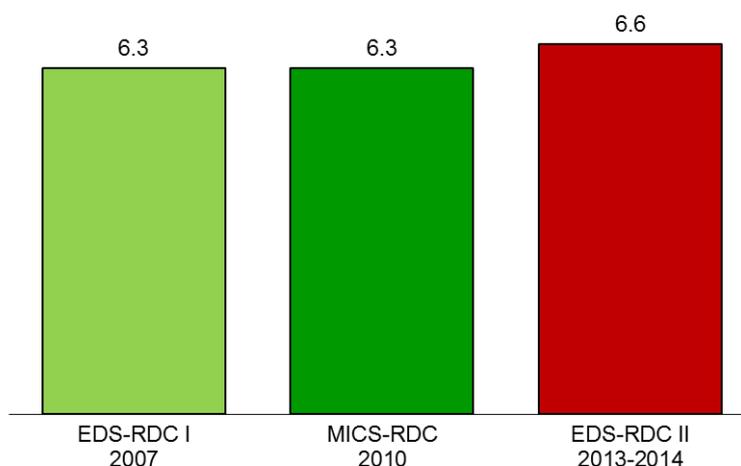
ISF: Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme

TGFG: Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans

TBN: Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus.

Graphique 1 Indice synthétique de fécondité, EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014

Nombre moyen d'enfants par femme



3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 23 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. À l'opposé, dans 68 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 45 % souhaiteraient cet enfant dans un délai de deux ans ou plus, c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances, alors que 20 % le souhaiteraient rapidement, c'est-à-dire dans les deux années à venir (Tableau 4). Enfin, dans 4 % des cas, les femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne savent pas quand. Par rapport à 2007, on relève quelques changements importants. En effet, la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfant est passée de 19 % à 23 % et la proportion de celles qui souhaitent espacer la prochaine naissance est passée de 38 % à 45 %, soit une nette hausse.

Tableau 4. Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, République Démocratique du Congo 2013-2014

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	79,8	26,7	23,0	16,9	15,4	13,7	8,8	19,9
Veut un autre plus tard ³	5,6	58,4	63,0	58,4	51,4	36,9	22,6	44,9
Veut un autre, NSP quand	5,8	7,4	3,8	4,6	2,7	2,7	1,1	3,6
Indécise	1,4	2,5	2,1	4,0	4,5	6,9	6,5	4,3
Ne veut plus d'enfant	0,6	2,7	6,5	12,3	22,0	35,0	52,4	22,6
Stérilisé(e) ⁴	0,7	0,2	0,3	0,7	0,8	0,9	1,7	0,8
S'est déclarée stérile	5,4	2,1	1,4	2,9	2,8	3,5	6,5	3,5
Manquant	0,8	0,2	0,0	0,3	0,5	0,3	0,5	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	583	1 753	2 049	1 816	1 650	1 509	2 736	12 096

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle.

² Veut une autre naissance dans les deux ans.

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus.

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine.

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants : de moins de 1 % chez les femmes sans enfant vivant, elle passe à

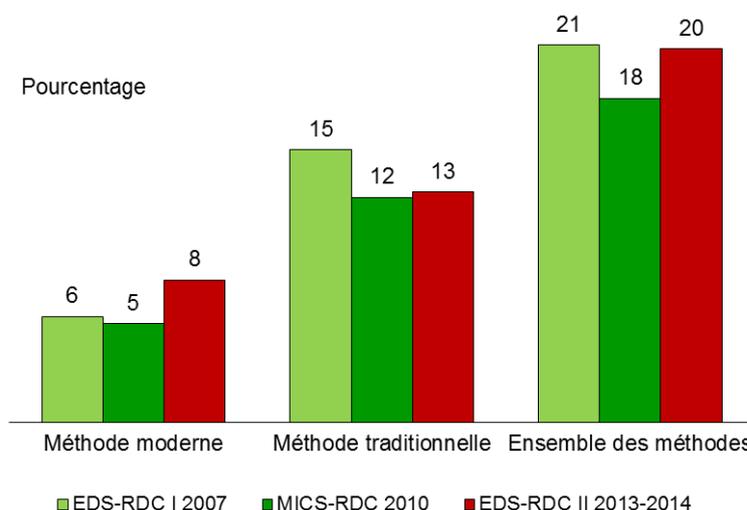
3 % chez les femmes ayant un enfant vivant, 7 % chez celles ayant deux enfants vivants, 12 % chez celles ayant trois enfants vivants, pour atteindre un maximum de 52 % chez les femmes ayant six enfants ou plus. La proportion de femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant) est importante partout, sauf chez les femmes sans enfant (6 %).

3.5 Utilisation de la contraception

Les résultats du tableau 5 montrent que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union demeure toujours faible. En effet, seulement 20 % des femmes de 15-49 ans en union utilisent actuellement une méthode contraceptive quelconque (méthode moderne ou méthode traditionnelle) : 8 % utilisent une méthode moderne et 13 % une méthode traditionnelle. Le taux de prévalence contraceptive a peu changé au cours des dernières années (Graphique 2) : estimé à 21 % en 2007, il aurait baissé à 18 % en 2010 pour remonter maintenant à peu près à son niveau de 2007 (20 %). Cependant, on constate une baisse des méthodes traditionnelles au profit des méthodes modernes qui sont passées de 6 % en 2007 à 8 % en 2013.

Parmi les méthodes modernes les plus couramment utilisées, on note le condom masculin (3,4 %), et les implants, la pilule et la stérilisation féminine (0,7 % dans chaque cas). Les méthodes traditionnelles les plus utilisées sont la méthode du rythme (7 %) et le retrait (5 %).

Graphique 2 Prévalence contraceptive (femmes en union), EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014



En outre, les résultats mettent en évidence des écarts importants d'utilisation de la contraception selon les caractéristiques sociodémographiques. Du point de vue du milieu de résidence, c'est en milieu urbain que l'utilisation de la contraception est la plus fréquente : 31 % des femmes, dont près de la moitié utilisent actuellement une méthode moderne (15 %). En milieu rural, seulement 15 % des femmes utilisent la contraception et seulement un tiers d'entre elles utilisent une méthode moderne (5 %).

La prévalence contraceptive est aussi très fortement associée au niveau d'instruction : chez les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur, 19 % utilisent actuellement une méthode moderne, contre 13 % chez les femmes de niveau secondaire, 5 % chez celles ayant un niveau primaire et 4 % chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction.

Par ailleurs, on relève que la prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges de la femme. La plus forte proportion d'utilisatrices se situe à 30-34 ans (10 %), âges de forte fécondité. C'est chez les femmes de moins de 20 ans et celles de 45 ans ou plus que le taux d'utilisation est le plus faible : 5 % de méthodes modernes dans chacun des groupes d'âges.

3.6 Soins prénatals et accouchement

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Au cours de l'EDS-RDC II, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté, si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Dans l'ensemble, 88 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente (Tableau 6) et cette proportion a augmenté depuis 2007 (80 %) (Graphique 3). Le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence : en effet, les femmes vivant en milieu urbain (94 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (86 %). Les consultations prénatales auprès d'un professionnel de santé sont fortement influencées par le niveau d'instruction de la mère. Les femmes sans niveau d'instruction (82 %) sont celles qui ont le moins bénéficié de soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né. Cette proportion atteint 86 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, 94 % lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire et atteint 99 % pour les femmes de niveau d'instruction supérieur.

Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou encore, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

Tableau 6. Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, Parmi toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé ¹	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance						
<20	90,6	61,1	1 684	80,7	81,0	2 854
20-34	88,7	66,8	7 371	80,6	80,2	12 791
35+	85,7	64,4	2 010	77,4	76,9	2 745
Milieu de résidence						
Urbain	94,1	72,6	3 505	93,7	93,1	5 636
Rural	85,8	62,2	7 561	74,1	74,0	12 754
Province						
Kinshasa	96,4	77,2	888	97,4	97,9	1 306
Bas-Congo	95,1	81,5	545	94,9	94,2	846
Bandundu	89,8	66,6	1 862	82,8	84,2	2 979
Équateur	83,2	50,6	1 562	63,7	60,2	2 622
Orientale	88,6	64,7	1 052	85,9	82,7	1 661
Nord-Kivu	97,4	67,7	843	91,7	91,6	1 464
Sud-Kivu	95,8	75,7	839	92,4	92,6	1 533
Maniema	91,7	76,3	381	86,6	88,0	608
Katanga	78,6	60,8	1 154	63,7	63,2	2 020
Kasai-Oriental	80,5	61,7	1 153	70,2	72,2	1 983
Kasai-Occidental	88,6	63,1	787	82,6	84,0	1 369
Niveau d'instruction de la mère³						
Aucun	82,3	55,9	1 990	67,8	67,2	3 449
Primaire	85,6	63,6	4 689	76,3	76,1	8 073
Secondaire	94,0	71,3	4 191	90,4	90,2	6 597
Supérieur	99,1	84,2	195	98,1	99,7	271
Ensemble	88,4	65,5	11 065	80,1	79,9	18 390

¹ Les médecins, les infirmières ou les accoucheuses sont considérés ici comme des prestataires formés.

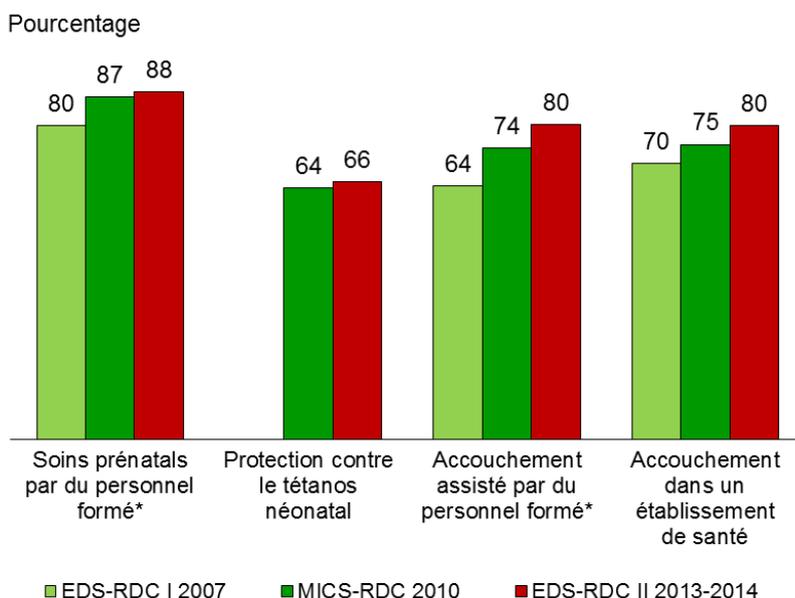
² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante

Le tableau 6 montre que deux tiers des femmes (66 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Cette proportion a très légèrement augmenté par rapport aux estimations de la MICS 2010 (64 %). Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (73 %) sont plus fréquemment protégés que ceux du milieu rural (62 %). La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal augmente significativement avec le niveau d'instruction de la mère. En effet, elle passe de 56 % quand la mère est sans niveau d'instruction à 84 % quand elle a atteint le niveau d'instruction supérieur.

Comme on l'a déjà mentionné, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a demandé à la mère d'indiquer le lieu où elle avait accouché et qui l'avait assistée à ce moment-là. Les résultats de l'EDS-RDC II révèlent que 80 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé, contre 70 % en 2007 (Tableau 6 et Graphique 3). Le pourcentage de naissances survenues dans un établissement de santé varie légèrement avec l'âge et se situe entre 77 % et 81 %. Les écarts entre les villes et les campagnes sont très importants : en milieu urbain, 93 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé contre

seulement 74 % en milieu rural. Enfin, les proportions de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé varient de manière positive avec le niveau d'instruction : de 67 % chez les femmes sans niveau d'instruction, le pourcentage passe à 76 % chez les femmes de niveau primaire, à 90 % chez celles ayant un niveau secondaire, et à pratiquement 100 % chez les mères de niveau d'instruction supérieur.

Graphique 3 Indicateurs de santé maternelle, EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014



En ce qui concerne l'assistance lors de l'accouchement, on observe que 80 % des femmes ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé lors de l'accouchement : cette proportion a nettement augmenté depuis 2007 date à laquelle elle était estimée à 64 % (Graphique 3). L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé présente les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles observées pour l'accouchement en formation sanitaire.

3.7 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l'enfant au cours de sa première année. Il y a quelques années, le vaccin combiné de DTCoq (diphtérie, tétanos, coqueluche) a été remplacé par le pentavalent qui comprend l'*Haemophilus influenzae* type B (Hib), et l'hépatite B en plus du DTCoq.

Lors de l'EDS-RDC II, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec certitude la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Les

résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV. Il apparaît au tableau 7 que pour seulement 26 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

Tableau 7. Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Pentavalent ¹			Polio			Rougeole	Tous les vaccins ³	Aucun vaccin	Fièvre Jaune	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants		
	BCG	1	2	3	0 ²	1							2	3
Sexe														
Masculin	83,5	81,2	73,6	60,0	48,6	92,3	84,2	64,2	72,1	45,1	5,7	65,7	25,9	1 687
Féminin	83,3	81,3	74,1	61,1	51,1	91,1	84,7	67,1	71,1	45,5	6,1	65,2	26,2	1 680
Milieu de résidence														
Urbain	92,1	92,1	86,1	74,2	69,1	94,4	88,8	71,7	77,3	53,0	2,8	72,9	34,9	1 083
Rural	79,3	76,1	68,0	54,1	40,7	90,3	82,4	62,8	68,9	41,6	7,3	61,9	21,8	2 284
Province														
Kinshasa	96,7	97,8	95,8	83,7	82,5	97,1	93,3	80,2	89,0	67,7	0,9	86,7	43,9	267
Bas-Congo	95,6	93,5	90,2	84,1	69,5	96,1	92,0	61,0	84,6	54,7	2,5	85,5	32,2	161
Bandundu	89,8	87,5	80,1	61,9	42,2	92,9	86,5	57,7	77,3	42,1	3,9	72,9	16,4	559
Équateur	72,1	68,7	56,9	42,6	31,7	89,6	82,8	64,5	66,1	32,6	7,6	53,2	22,7	493
Orientale	74,5	70,5	60,0	46,0	39,2	84,8	74,7	52,9	67,4	29,9	11,8	53,1	12,7	315
Nord-Kivu	95,1	94,4	91,1	87,0	73,9	94,8	89,0	75,0	85,3	70,6	3,1	85,2	44,2	288
Sud-Kivu	95,6	95,1	88,5	75,6	62,1	94,5	86,9	75,5	87,8	62,3	2,9	84,2	42,4	231
Maniema	72,2	73,8	66,7	47,2	37,5	89,2	81,0	64,5	62,3	42,0	10,7	55,3	17,7	115
Katanga	69,2	67,3	60,1	51,3	43,0	91,0	83,9	70,9	53,0	40,2	7,7	44,6	23,4	358
Kasai-Oriental	81,3	76,7	69,3	53,3	45,5	89,0	78,8	62,0	58,2	36,6	8,8	54,6	18,7	361
Kasai-Occidental	84,8	82,2	72,7	56,2	51,9	92,8	84,3	67,7	67,3	42,7	3,7	62,4	30,9	218
Niveau d'instruction														
Aucun	77,4	74,3	68,2	56,8	43,3	89,7	82,4	63,2	65,4	42,4	8,1	59,1	20,9	605
Primaire	79,0	75,6	65,6	52,0	42,8	90,6	81,4	61,5	65,5	37,6	7,7	58,8	20,1	1 431
Secondaire	90,6	90,1	84,7	70,4	59,5	93,5	88,5	70,9	80,1	53,7	3,1	74,4	33,7	1 271
Supérieur	99,4	99,4	96,3	93,1	80,3	97,2	93,7	78,9	99,4	77,9	0,6	99,4	56,9	60
Ensemble	83,4	81,2	73,8	60,5	49,9	91,7	84,5	65,6	71,6	45,3	5,9	65,4	26,0	3 366

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

¹ Le Pentavalent comprend la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* type B (Hib), et l'hépatite B.

² Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.

³ BCG, rougeole, les trois doses de Pentavalent et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

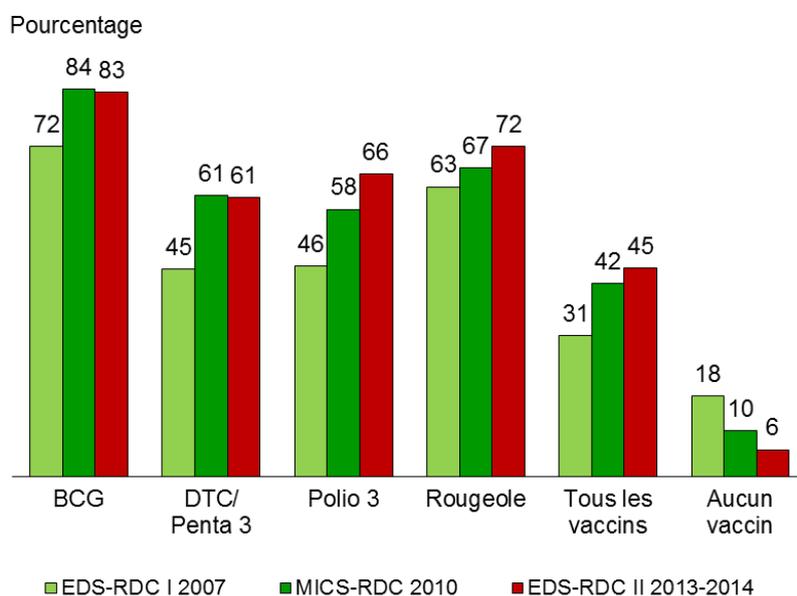
D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 45 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 6 % n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (49 %) ont été partiellement vaccinés. De manière spécifique, 83 % des enfants ont reçu le BCG ; dans 81 % des cas, les enfants ont reçu la première dose de pentavalent ; dans 92 % des cas, ils ont reçu la première dose de polio ; et 72 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par un enfant sur deux (50 %).

Pour le pentavalent et la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième dose. De 81 % pour la première dose de pentavalent, la couverture tombe à 61 % pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 92 % et 66 %.

Les résultats de l'enquête mettent en évidence une tendance à l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants en RDC au cours de la période 2007-2014, passant de 31 % à 45 % pour tous les antigènes, de 72 % à 83 % pour le BCG, de 46 % à 66 % pour la troisième dose de polio et, enfin, de 63 % à 72 % pour le vaccin contre la rougeole.

Signalons pas ailleurs, que près des deux tiers des enfants (65 %) sont vaccinés contre la fièvre jaune.

Graphique 4 Couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois), EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014



La couverture vaccinale complète ne varie pratiquement pas selon le sexe de l'enfant. Par contre 53 % des enfants du milieu urbain sont complètement vaccinés contre seulement 42 % de ceux du milieu rural. L'instruction de la mère a aussi un effet très positif sur la couverture vaccinale des enfants : de 42 % quand la mère est sans instruction, le taux de couverture vaccinale complète passe à 54 % chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire. Curieusement, la couverture vaccinale complète est légèrement plus faible pour les enfants dont la mère a un niveau d'instruction primaire que chez ceux dont la mère est sans instruction (38 % contre 42 %).

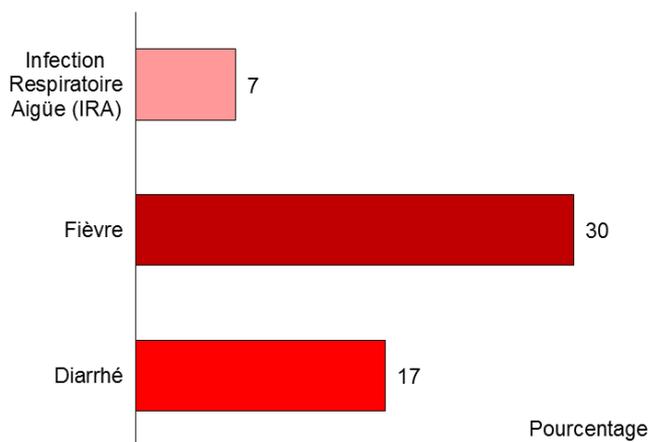
3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les infections respiratoires aiguës, la fièvre et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente ces symptômes est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 7 % des enfants ont présenté des symptômes d'IRA (Graphique 5). Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 42 % d'entre eux (Tableau 8). La recherche d'un traitement est plus fréquente pour les garçons que pour les filles (44 % contre 39 %) ; par contre, elle est plus fréquente pour les enfants du milieu rural que pour ceux du

milieu urbain (43 % contre 39 %). La recherche d'un traitement est d'autant plus fréquente que le niveau d'instruction de mère augmente : 36 % pour les enfants de mère sans niveau d'instruction, contre 38 % pour ceux dont la mère a un niveau primaire, et 50 % pour ceux de mère de niveau secondaire.

Graphique 5 Prévalence des symptômes d'IRA, fièvre et diarrhée, EDS-RDC II 2013-2014



Dans l'ensemble, 30 % des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête (Graphique 5). Parmi ces enfants, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 40 % d'entre eux (tableau 8). Les enfants du milieu urbain (38 % contre 41 % en rural) et ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (36 % contre 55 % quand la mère a un niveau supérieur) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins en cas de fièvre. Le sexe de l'enfant ne semble pas influencer de façon importante la décision de recherche d'un traitement (39 % pour les garçons contre 41 % pour les filles).

Dix-sept pour cent d'enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête (Graphique 5). Un traitement médical a été recherché auprès d'un service ou d'un prestataire de santé pour 39 % de ces enfants (Tableau 8). Par ailleurs, au cours des épisodes diarrhéiques, 39 % des enfants malades ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 42 % ont reçu une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO, à savoir soit une SRO, soit une solution maison sucrée salée).

La recherche de traitement, en cas de diarrhée, auprès d'un établissement de santé est nettement plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (43 % contre 32 % en urbain) ; par contre, c'est en milieu urbain que le recours à la TRO est le plus élevé (46 % contre 40 % en rural). Les filles bénéficient un peu plus fréquemment que les garçons d'une recherche de traitement (40 % contre 38 %) et du recours à une TRO (43 % contre 41 %). L'utilisation d'une TRO augmente avec le niveau d'instruction de la mère (de 37 % quand la mère n'a pas d'instruction à 46 % lorsqu'elle a un niveau secondaire), par contre la recherche de traitement est moins fréquente pour les enfants de mère instruite (38 % au niveau secondaire) que pour ceux de mère sans instruction (42 %).

Tableau 8. Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO), ou à qui on a donné des liquides de SRO préconditionnés et pourcentage qui ont été traité avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ³	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ⁴	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	45,3	119	36,6	369	31,3	25,4	28,2	198
6-11	43,2	184	38,6	669	42,4	38,4	40,7	580
12-23	47,3	290	43,3	1 248	39,6	44,9	47,6	950
24-35	36,6	235	40,0	1 107	38,2	37,1	40,1	606
36-47	40,6	163	39,1	875	43,1	36,7	41,1	299
48-59	34,4	141	37,5	745	30,4	37,3	38,9	219
Sexe								
Masculin	44,4	579	39,2	2 504	37,7	38,9	41,3	1 503
Féminin	38,8	555	40,5	2 509	40,4	39,4	42,6	1 349
Milieu de résidence								
Urbain	38,5	317	37,7	1 579	32,1	43,7	45,6	971
Rural	42,9	816	40,9	3 434	42,5	36,7	40,0	1 881
Province								
Kinshasa	*	30	48,7	238	37,9	39,4	41,4	231
Bas-Congo	*	18	42,9	261	47,1	53,7	60,4	94
Bandundu	38,2	167	40,8	644	37,1	42,3	50,7	377
Équateur	38,2	227	44,3	767	38,3	30,4	31,4	376
Orientale	33,2	65	31,9	361	40,0	32,1	33,0	205
Nord-Kivu	29,9	173	39,2	315	41,5	38,7	41,0	193
Sud-Kivu	42,3	116	37,2	530	46,1	38,5	38,6	308
Maniema	(54,5)	24	45,5	130	70,3	56,9	57,8	51
Katanga	52,7	91	39,0	592	35,5	38,3	40,5	348
Kasai-Oriental	55,7	162	40,1	694	32,4	38,4	41,4	363
Kasai-Occidental	39,7	61	33,9	480	37,3	45,6	48,1	305
Niveau d'instruction de la mère³								
Aucun	35,9	245	36,0	878	42,3	34,0	36,6	482
Primaire	38,0	520	40,6	2 192	38,2	37,2	40,2	1 274
Secondaire	50,3	361	40,4	1 887	37,8	43,7	46,3	1 058
Supérieur	*	7	54,7	55	(53,4)	(39,5)	(45,5)	38
Ensemble	41,6	1 133	39,9	5 013	39,0	39,1	41,9	2 852

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie.

² Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.

³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO pré-conditionnés.

⁴ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO), les liquides SRO pré-conditionnés et les solutions maison recommandées

3.9 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel constitue la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé par l'OMS et le Ministère de la Santé Publique parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet

d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son alimentation des aliments solides de complément. Le tableau 9 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Tableau 9. Allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère, par type d'allaitement et pourcentage actuellement allaités; et, pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, République Démocratique du Congo 2013-2014

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement														
Groupe d'âge en mois	Non allaités	Exclusive- ment allaités	Allaités et consommant de l'eau seulement		Allaités et consommant des liquides non-lactés ¹		Allaités et consommant d'autres laits		Allaités et consommant des aliments de complément	Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif de derniers-nés de moins de 2 ans	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
			de l'eau seulement	des liquides non-lactés ¹	d'autres laits	de complément								
0-1	0,4	77,6	12,1	4,0	1,0	5,0	100,0	99,6	500	1,6	513			
2-3	1,1	53,2	24,0	5,3	1,9	14,4	100,0	98,9	701	3,6	718			
4-5	2,8	21,8	20,3	5,2	3,5	46,3	100,0	97,2	734	9,8	742			
6-8	2,9	5,9	10,9	3,3	0,5	76,4	100,0	97,1	931	8,6	944			
9-11	2,1	1,4	5,5	1,1	0,2	89,6	100,0	97,9	816	5,1	838			
12-17	10,1	0,3	2,0	0,3	0,2	87,0	100,0	89,9	1 756	5,2	1 821			
18-23	28,1	0,1	1,3	0,2	0,2	70,1	100,0	71,9	1 370	3,7	1 545			
0-3	0,8	63,4	19,1	4,8	1,5	10,5	100,0	99,2	1 201	2,8	1 231			
0-5	1,6	47,6	19,5	4,9	2,3	24,1	100,0	98,4	1 935	5,4	1 973			
6-9	2,7	5,0	10,4	2,7	0,5	78,7	100,0	97,3	1 209	8,0	1 224			
12-15	8,0	0,4	2,7	0,3	0,3	88,4	100,0	92,0	1 203	5,2	1 234			
12-23	18,0	0,2	1,7	0,3	0,2	79,6	100,0	82,0	3 126	4,6	3 366			
20-23	33,7	0,1	1,5	0,3	0,3	64,1	100,0	66,3	868	3,4	994			

Note: Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Jus/liquides non lactés », « Autre lait », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autre laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Liquides non lactés comprend les jus, les bouillons et autres liquides.

L'allaitement est une pratique quasi universelle en RDC et durant une période assez longue. En effet, les résultats de l'enquête montrent que pratiquement tous les enfants de moins de six mois sont allaités (98 %) et 92 % des enfants de 12-15 mois sont encore nourris au sein. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-5 mois, moins d'un enfant sur deux (48 %) n'a reçu que le lait maternel, c'est-à-dire qu'il a été exclusivement allaité au sein : cependant cette proportion a nettement augmenté depuis 2007 date à laquelle elle était estimée à 36 % (EDS-RDC I). Dans 51 % des cas, les enfants de moins de six mois ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau (20 %), ou des suppléments solides ou semi-solides (24 %). Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Par ailleurs, les résultats montrent aussi que la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas encore correctement suivie : seulement 79 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément. En outre, une proportion non négligeable d'enfants sont nourris avec un biberon : 5 % à 0-5 mois et 8 % à 6-9 mois.

3.10 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité ; en outre, la malnutrition affecte le développement mental de l'enfant. L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDS-RDC II. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006². Les enfants qui se situent à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés comme mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris. Le tableau 10 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition chronique ; il reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple).

Dans l'ensemble, 43 % des enfants souffrent de malnutrition chronique dont près de la moitié (23 %) sous la forme sévère. La prévalence de la malnutrition chronique n'a pas changé depuis 2010 (MICS-RDC) (Graphique 6). Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : de 15 % chez les enfants de moins de 6 mois, il passe à 28 % chez ceux de 9-11 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 54 % parmi les enfants de 36-47 mois. Le niveau de malnutrition chronique est légèrement plus élevée chez les enfants de sexe masculin (45 %) que ceux de sexe féminin (40 %) ; les enfants du milieu rural accusent un retard de croissance plus fréquemment que ceux du milieu urbain (47 % contre 33 %). Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau de malnutrition chronique est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère : de 51 % chez les enfants de mère sans instruction, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 47 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire, à 33 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire, et à 13 % chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction supérieur.

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. La prévalence de la malnutrition aiguë n'a pratiquement pas changé depuis 2010 (8 % contre 9 %) (Graphique 6). Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée. Les résultats du tableau 10 montrent que 8 % des enfants sont émaciés dont

² Les indices présentés ici sont basés sur les Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006 et ne sont pas comparables aux indices calculés au cours de l'EDS-RDC I qui étaient basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977.

environ un tiers (3 %) sous la forme sévère. Les résultats indiquent que les enfants de moins de 12 mois ont les niveaux d'émaciation les plus élevés (plus de 11 %). Les garçons souffrent plus fréquemment d'émaciation que les filles (9 % contre 7 %). Le niveau de malnutrition aiguë varie selon le milieu de résidence : 5 % en milieu urbain et 9 % en milieu rural. On n'observe pas de variation claire selon le niveau d'instruction, sauf pour les enfants de mère de niveau supérieur qui sont nettement moins fréquemment émaciés que les autres (2 % contre 7 % ou plus).

Tableau 10. État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	
Groupe d'âges en mois							
<6	6,7	14,6	4,7	12,3	3,4	9,9	976
6-8	7,6	18,1	2,6	11,2	5,4	17,0	429
9-11	18,4	27,7	5,2	12,3	7,2	18,7	458
12-17	13,2	33,3	2,2	8,5	3,9	18,4	963
18-23	23,5	46,5	2,9	8,1	5,8	20,5	744
24-35	26,8	50,2	2,3	7,1	6,8	22,2	1 840
36-47	29,3	54,0	2,6	6,9	9,0	28,3	1 782
48-59	28,9	52,1	1,3	4,8	10,4	29,4	1 838
Sexe							
Masculin	24,9	45,2	3,2	9,1	7,7	24,7	4 517
Féminin	20,1	40,2	2,1	6,6	6,6	20,4	4 513
Milieu de résidence							
Urbain	13,8	32,5	1,4	5,0	4,0	14,3	2 728
Rural	26,2	47,1	3,2	9,1	8,5	26,1	6 302
Province							
Kinshasa	5,7	17,3	0,7	3,5	1,7	5,5	617
Bas-Congo	24,7	45,9	2,9	11,1	11,0	27,3	372
Bandundu	17,9	39,2	3,3	9,8	7,0	25,3	1 563
Équateur	19,0	38,2	1,7	6,0	5,2	19,4	1 334
Orientale	23,7	42,9	4,2	7,2	6,0	20,2	833
Nord-Kivu	28,9	52,0	1,7	4,7	5,5	21,4	711
Sud-Kivu	34,3	53,0	3,1	7,2	10,3	26,0	664
Maniema	20,7	46,4	8,6	22,7	13,0	31,9	312
Katanga	23,1	44,5	2,0	8,2	5,9	20,3	959
Kasaï-Oriental	25,1	46,1	2,7	7,6	9,2	25,6	980
Kasaï-Occidental	30,1	51,7	1,2	7,2	10,2	30,5	684
Niveau d'instruction de la mère³							
Aucun	30,6	50,8	2,7	7,3	9,5	27,6	1 641
Primaire	25,8	47,1	3,1	9,3	8,4	25,9	3 632
Secondaire	13,1	33,2	2,4	6,8	4,2	15,8	2 945
Supérieur	3,3	13,1	0,5	1,8	1,0	4,7	97
Interview de la mère							
Mère interviewée	22,0	42,5	2,7	8,0	7,0	22,4	8 154
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	19,8	44,6	2,9	3,8	7,4	21,6	160
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ⁴	28,1	45,1	1,7	7,5	9,1	23,9	713
Ensemble	22,5	42,7	2,6	7,9	7,2	22,6	9 030

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

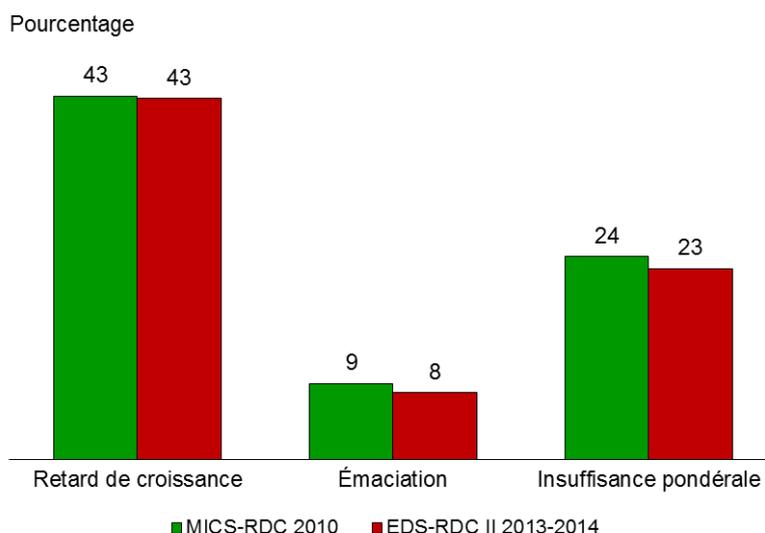
¹ Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée; les autres enfants sont mesurés en position debout.

² Y compris les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.

³ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage.

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

Graphique 6 Malnutrition des enfants de moins de cinq ans, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013



Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Environ 23 % des enfants en RDC présentent une insuffisance pondérale dont un tiers environ (7 %) sous sa forme sévère. Là encore, la prévalence de l'insuffisance pondérale n'a pratiquement pas changé depuis 2010 (23 % contre 24 %) (Graphique 6). L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (26 % contre 14 %), chez les garçons que chez les filles (25 % contre 20 %), et chez les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (28 % contre 5 % chez les enfants dont la mère a un niveau supérieur).

3.11 Indicateurs du paludisme

La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La moustiquaire imprégnée d'insecticide reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces. Les données collectées au cours de l'EDS-RDC II, ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire traitée ou Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)³.

Tout d'abord, il ressort du tableau 11 qu'en RDC, plus de 7 ménages sur 10 possèdent, au moins, une moustiquaire, imprégnée ou non, (72 %). Dans presque la totalité des cas, il s'agit d'une moustiquaire imprégnée puisque 70 % des ménages possèdent une MII. Selon le milieu de résidence, les ménages urbains sont proportionnellement un peu plus nombreux que les ménages ruraux à posséder, au moins, une MII (71 % contre 70 %).

³ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit une moustiquaire préimprégnée permanente qui ne demande aucun traitement (Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action - MIILDA), soit une moustiquaire préimprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

Tableau 11 Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludéens, selon les milieux de résidence urbain et rural, République Démocratique du Congo 2013-2014

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Moustiquaires						
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	73,8	5 741	70,6	12 430	71,6	18 171
Pourcentage de ménages possédant au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹	70,7	5 741	69,6	12 430	70,0	18 171
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	56,9	5 778	57,3	13 037	57,2	18 815
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	54,6	5 778	56,6	13 037	55,9	18 815
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII, la nuit ayant précédé l'enquête ¹	73,3	4 300	77,2	9 553	76,0	13 852
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	60,5	694	62,0	1 589	61,6	2 283
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	57,9	694	61,4	1 589	60,3	2 283
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	79,7	504	83,9	1 162	82,6	1 666
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse						
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse	65,3	2 207	39,6	4 959	47,5	7 168
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale ²	16,4	2 207	13,3	4 959	14,3	7 168
Traitement de la fièvre						
Pourcentage d'enfants avec de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	30,3	5 200	29,1	11 815	29,5	17 017
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris:						
Une antipaludéen quelconque	39,9	1 576	24,3	3 437	29,2	5 013
SP/Fansidar	2,0	1 576	1,4	3 437	1,6	5 013
Chloroquine	0,2	1 576	1,0	3 437	0,8	5 013
Amodiaquine	1,6	1 576	1,6	3 437	1,6	5 013
Quinine	28,0	1 576	14,0	3 437	18,4	5 013
Combinaison avec artémisinine	5,2	1 576	4,8	3 437	5,0	5 013
Autre artémisinine	0,8	1 576	0,5	3 437	0,6	5 013
Malaxin	0,4	1 576	0,3	3 437	0,3	5 013
Malaritab	0,4	1 576	0,2	3 437	0,2	5 013
Aninate	0,3	1 576	0,1	3 437	0,1	5 013
Artesunate	0,9	1 576	0,5	3 437	0,6	5 013
Autre antipaludéen	1,0	1 576	0,3	3 437	0,5	5 013
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre:						
Une antipaludéen quelconque	20,1	1 576	12,1	3 437	14,6	5 013
SP/Fansidar	1,1	1 576	0,8	3 437	0,9	5 013
Chloroquine	0,1	1 576	0,6	3 437	0,4	5 013
Amodiaquine	1,1	1 576	1,0	3 437	1,1	5 013
Quinine	14,5	1 576	6,8	3 437	9,2	5 013
Combinaison avec artémisinine	1,8	1 576	2,1	3 437	2,0	5 013
Autre artémisinine	0,3	1 576	0,2	3 437	0,3	5 013
Autre antipaludéen	1,3	1 576	0,6	3 437	0,8	5 013

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit une moustiquaire préimprégnée permanente qui ne demande aucun traitement (Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action - MIILDA), soit une moustiquaire préimprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

² Le Traitement Préventif Intermittent consiste à administrer, de manière préventive, deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatales.

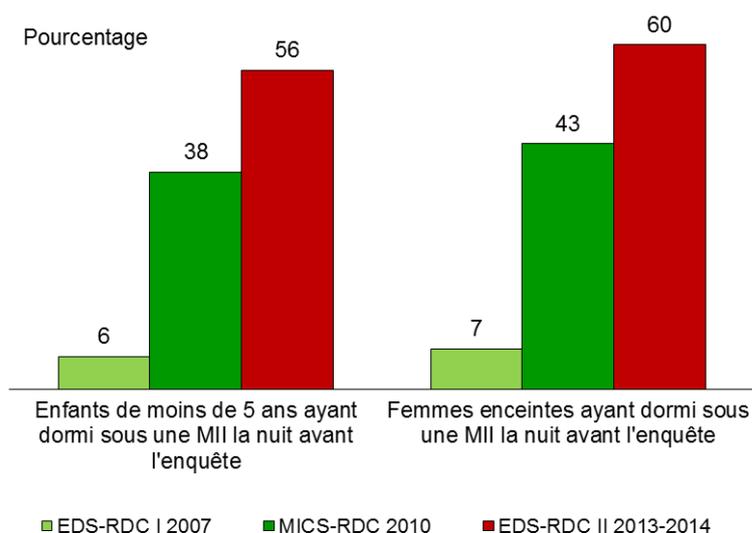
La proportion d'enfants ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une MII est de 56 %. Cette proportion est peu différente entre milieu de résidence : 55 % en urbain et 57 % en

rural. Dans les ménages ayant une MII, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête est de 76 % : ainsi, dans 24 % des cas, certains ménages ont des MII mais ne les utilisent pas ou n'ont pas suffisamment de MII pour protéger tous les enfants du ménage.

D'autre part, on constate que parmi les femmes enceintes, trois sur cinq se sont protégées contre le paludisme en dormant sous une MII (60 %). Dans les ménages ayant une MII, la proportion de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête s'est établie à 83 %.

Le graphique 7 montre que des progrès considérables ont été accomplis au cours des sept dernières années dans la prévention du paludisme. En effet, en 2007, seulement 6 % d'enfants et 7 % de femmes enceintes avaient dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête. Ces proportions sont passées à, respectivement, 38 % et 43 % en 2010 selon la MICS-RDC et à 56 % et 60 % en 2013-2014.

Graphique 7 Utilisation des moustiquaires, EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014



Pour réduire la charge du paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Au cours de l'EDS-RDC II, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les cinq dernières années si, durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludiques il s'agissait.

Pour seulement 48 % des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête, la mère a pris, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Par ailleurs, la proportion de femmes ayant suivi, comme recommandé, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de SP/Fansidar reçues au cours des visites prénatales

n'est que de 14 %. Cette proportion est légèrement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (16 % contre 13 %).

Parmi des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, 29 % ont pris un antipaludique quelconque. Cependant, on constate que la quinine (18 %) a été l'antipaludique le plus fréquemment pris pour traiter la fièvre. Par contre seulement 5 % d'enfants ont pris une combinaison à base d'artémisinine (CTA). Quel que soit le type d'antipaludique, le pourcentage d'enfants traités est toujours beaucoup plus élevé en milieu urbain qu'en rural (40 % contre 24 % pour un antipaludique quelconque).

Par ailleurs, seulement 15 % d'enfants ont pris l'antipaludique le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre. Là encore, la proportion d'enfants qui ont pris un antipaludique quelconque de manière précoce est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (20 % contre 12 %).

3.12 Prévalence du paludisme

Parmi les enfants de 6-59 mois éligibles pour le test du paludisme, 96,4 % ont été testés sur le terrain au moyen d'un test rapide (TDR) et pour 96,1 % on dispose du résultat de l'examen microscopique de la goutte épaisse. Rappelons que la collecte de l'EDS-RDC II s'est déroulée en deux phases (d'août à septembre 2013 pour la ville province de Kinshasa puis de novembre 2013 à février 2014 dans les autres provinces) qui ne correspondent pas toujours, dans toutes les provinces, à la période de haute transmission du paludisme. Compte tenu, entre autres, de cette limitation méthodologique, la prévalence estimée doit donc être considérée comme un ordre de grandeur.

Les résultats du TDR et de l'examen de la goutte épaisse qui sont présentés au tableau 12 indiquent que 31 % d'enfants de 6-59 mois ont été trouvés positifs sur le terrain. La prévalence du paludisme établie à partir de l'examen microscopique de la goutte épaisse est plus faible (23 %). Malgré cet écart les variations de

Tableau 12 Prévalence du paludisme chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme étant atteints de paludisme selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Tests de diagnostic rapide (TDR)		Gouttes épaisses (GE)	
	Pourcentage d'enfants positifs	Effectif d'enfants testés sur le terrain	Pourcentage d'enfants positifs	Effectif d'enfants dont le sang a été testé au laboratoire
Groupe d'âges en mois				
6-8	14,8	420	12,1	411
9-11	21,1	470	11,9	448
12-17	23,1	1 011	14,9	1 005
18-23	24,9	778	18,7	763
24-35	29,9	1 877	23,1	1 844
36-47	38,2	1 828	28,2	1 788
48-59	37,1	1 857	27,4	1 838
Sexe				
Masculin	30,7	4 131	23,2	4 041
Féminin	30,9	4 109	22,0	4 056
Milieu de résidence				
Urbain	25,1	2 427	19,6	2 418
Rural	33,1	5 813	23,9	5 679
Province				
Kinshasa	17,1	532	18,1	532
Bas-Congo	47,1	347	23,7	351
Bandundu	20,2	1 414	14,4	1 413
Équateur	27,4	1 236	19,1	1 254
Orientale	49,1	810	38,0	809
Nord-Kivu	2,9	654	5,0	655
Sud-Kivu	12,0	610	9,9	462
Maniema	44,1	287	34,2	285
Katanga	38,9	844	31,7	841
Kasaï-Oriental	49,4	894	29,4	882
Kasaï-Occidental	44,5	612	32,0	612
Niveau d'instruction de la mère¹				
Aucun	32,9	1 531	24,2	1 501
Primaire	34,0	3 289	25,5	3 239
Secondaire	24,4	2 608	16,9	2 557
Supérieur	7,7	88	7,7	90
Ensemble	30,8	8 240	22,6	8 097

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

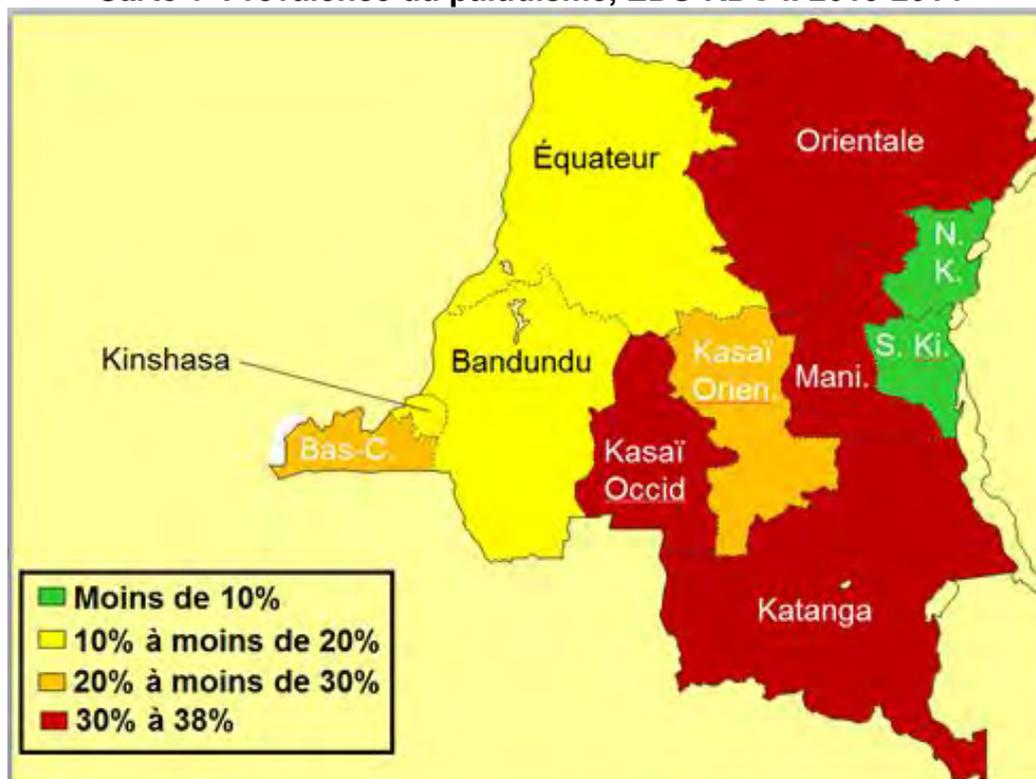
¹ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage

prévalence selon les caractéristiques sociodémographiques des enfants suivent exactement les mêmes tendances.

Selon les résultats de la goutte épaisse, la prévalence du paludisme (23 % pour l'ensemble des enfants de 6-59 mois) augmente avec l'âge, passant d'un minimum de 12 % à 6-8 mois et 9-11 mois à un maximum de 28 % à 36-47 mois et de 27 % à 48-59 mois. Les garçons (23%) seraient très légèrement plus touchés que les filles (22%). La prévalence estimée présente de fortes variations selon la province (Carte 1) : c'est dans les Kivu que la proportion d'enfants positifs est la plus faible (5 % au Nord-Kivu et 10 % au Sud-Kivu), suivie du Bandundu (14 %), Kinshasa (18 %) et l'Équateur (19 %). À l'opposé, la proportion d'enfants positifs est la plus élevée dans les Kasai (29 % au Kasai-Oriental, 32 % au Kasai-Occidental), au Katanga (32 %), au Maniema (34 %) et surtout dans la province Orientale (38 %).

La proportion d'enfants positifs diminue de façon considérable avec l'amélioration du niveau d'instruction après le primaire. En effet, si 26 % d'enfants de mère ayant le niveau primaire sont positifs, cette proportion n'est que de 8 % lorsque la mère a un niveau d'instruction supérieur.

Carte 1 Prévalence du paludisme, EDS-RDC II 2013-2014



3.13 Mortalité des enfants

L'estimation du niveau de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDS-RDC II. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés, il s'agit du quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire, du quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant

à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. On dispose aussi du quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure, globalement, la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire. Par ailleurs, on a également estimé les composantes de la mortalité infantile, à savoir la mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance, et la mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients a été calculé pour trois périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 13 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales allant de 1999-2003 à 2009-2013. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDS-RDC II (période 2009-2013), le risque de mortalité infantile est évalué à 58 décès pour 1 000 naissances vivantes ; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 49 ‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 28 ‰ pour la mortalité néonatale et à 30 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 104 ‰. En d'autres termes, en RDC, environ un enfant sur dix meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

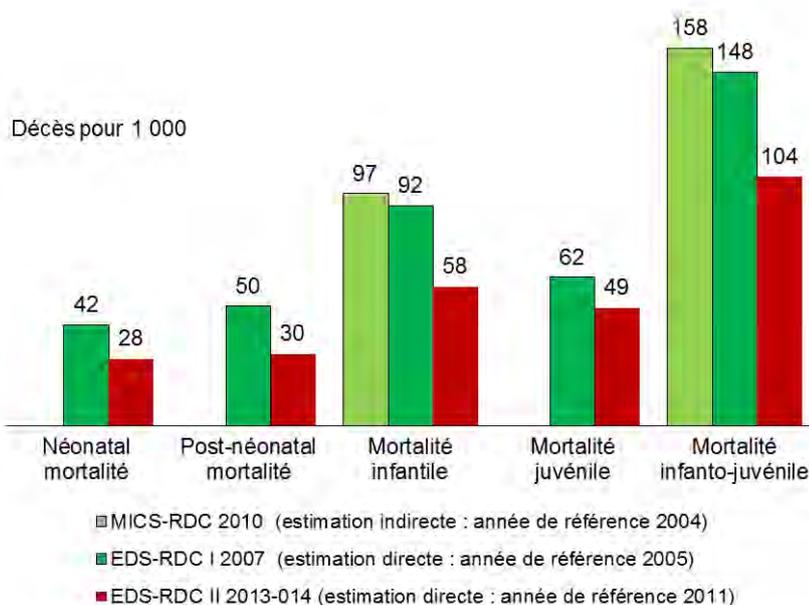
Tableau 13 Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, République Démocratique du Congo 2013-2014

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Période avant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	2009-2013	28	30	58	49	104
5-9	2004-2008	33	41	73	51	121
10-14	1999-2003	30	56	86	64	145

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Graphique 8 Mortalité des enfants, EDS-RDC I 2007, MICS-RDC 2010 et EDS-RDC II 2013-2014



Le graphique 8 présente les tendances de la mortalité à partir de l'EDS-RDC de 2007 (année centrale de l'estimation 2005), de la MICS-RDC de 2010⁴ (année de référence 2004) et de l'EDS-RDC de 2013 (année centrale de l'estimation 2011). De l'année 2004 (MICS-RDC 2010) à l'année 2011 (EDS-RDC 2013-2014), la mortalité infantile aurait baissé régulièrement, passant de 97 ‰ à 58 ‰. En ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile, elle aurait également baissé (de 158 ‰ à 104 ‰).

3.14 Connaissance du VIH/sida

Au cours de l'EDS-RDC II, on a posé aux femmes et aux hommes une série de questions sur la connaissance du VIH/sida, sur ses modes de transmission et de prévention ainsi que sur les comportements sexuels.

On constate au tableau 14 que la quasi-totalité des femmes et des hommes (respectivement, 94 ‰ et 97 ‰) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida et, quelle que soit la caractéristique sociodémographique, cette proportion est très élevée. Cependant, par rapport au niveau national, ce niveau de connaissance est légèrement plus faible en milieu rural (91 ‰ des femmes et 96 ‰ des hommes) et parmi les personnes sans instruction (87 ‰ des femmes et 93 ‰ des hommes).

La majorité des femmes et des hommes ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de contracter le VIH (tableau 15) : environ une femme sur deux sait, à la fois, que l'utilisation d'un condom à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté permet d'éviter de contracter le virus (51 ‰) ; chez les hommes, cette proportion est plus élevée (67 ‰). Les

Tableau 14. Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques République Démocratique du Congo 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Femme		Homme	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	93,0	7 751	95,6	3 147
..15-19	91,8	4 054	94,0	1 740
..20-24	94,3	3 697	97,5	1 407
25-29	94,7	3 533	98,0	1 232
30-39	95,3	4 809	98,5	1 897
40-49	93,5	2 734	99,0	1 479
État matrimonial				
Célibataire	93,5	4 899	95,5	3 239
..A déjà eu des rapports sexuels	95,7	2 568	98,2	2 104
..N'a jamais eu de rapports sexuels	91,1	2 331	90,5	1 135
En union	93,8	12 096	98,6	4 230
En rupture d'union	96,1	1 833	99,0	287
Milieu de résidence				
Urbain	99,1	7 225	99,2	2 910
Rural	90,8	11 602	96,2	4 845
Province				
Kinshasa	99,6	2 255	99,5	881
Bas-Congo	99,6	864	99,7	340
Bandundu	95,5	3 012	97,6	1 228
Équateur	92,7	2 457	95,3	1 098
Orientale	93,4	1 830	97,5	774
Nord-Kivu	98,4	1 611	99,2	600
Sud-Kivu	99,7	1 376	99,1	526
Maniema	90,0	558	96,2	252
Katanga	83,0	1 812	95,7	797
Kasaï-Oriental	90,8	1 841	96,1	773
Kasaï-Occidental	89,8	1 210	96,5	487
Niveau d'instruction				
Aucun	87,3	2 903	92,5	316
Primaire	91,6	6 949	94,1	1 689
Secondaire	97,8	8 287	98,3	5 068
Supérieur	99,9	688	100,0	682
Ensemble 15-49	94,0	18 827	97,3	7 755
50-59	na	na	98,2	901
Ensemble 15-59	na	na	97,4	8 656

na: Non applicable.

⁴ Alors que les EDS estiment directement les niveaux de mortalité à partir des données recueillies dans l'historique des naissances des femmes enquêtées pour une période de 0-4 ans avant l'enquête (soit 2003-2007, centré sur 2005 pour l'EDS-RDC I, et 2009-2013, centré sur 2011 pour l'EDS-RDC II), les niveaux de la MICS sont des estimations indirectes (méthode de Brass) pour une année de référence d'environ six ans avant l'enquête, soit 2004.

hommes sont donc légèrement mieux informés que les femmes sur certains moyens d'éviter l'infection. Ces niveaux de connaissance ont légèrement augmenté depuis l'EDS-RDC de 2007, passant de 41 % à 51 % chez les femmes et de 58 % à 67 % chez les hommes.

Tableau 15. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :				Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	54,7	72,6	48,5	7 751	70,4	77,7	62,5	3 147
..15-19	49,4	68,9	43,2	4 054	65,4	73,7	57,6	1 740
..20-24	60,5	76,6	54,2	3 697	76,5	82,6	68,5	1 407
25-29	60,2	77,2	54,6	3 533	77,9	86,1	71,1	1 232
30-39	57,6	78,0	52,8	4 809	73,9	87,1	68,6	1 897
40-49	52,8	75,9	48,5	2 734	75,4	88,8	70,5	1 479
État matrimonial								
Célibataire	55,5	73,2	49,6	4 899	71,2	78,3	63,5	3 239
..A déjà eu des rapports sexuels	67,5	79,8	60,8	2 568	79,3	84,4	71,7	2 104
..N'a jamais eu de rapports sexuels	42,2	66,0	37,3	2 331	56,1	66,8	48,3	1 135
En union	55,6	75,7	50,5	12 096	74,9	87,1	69,1	4 230
En rupture d'union	61,8	78,3	55,0	1 833	75,9	87,7	72,1	287
Milieu de résidence								
Urbain	68,1	84,9	62,5	7 225	77,4	88,0	71,9	2 910
Rural	48,8	69,4	43,4	11 602	70,9	80,7	63,9	4 845
Province								
Kinshasa	69,0	85,3	63,5	2 255	80,1	90,9	75,1	881
Bas-Congo	69,0	77,5	61,8	864	91,6	96,6	89,8	340
Bandundu	60,0	74,1	52,9	3 012	78,1	83,5	69,7	1 228
Équateur	54,3	72,6	46,8	2 457	71,5	80,9	64,0	1 098
Orientale	47,6	65,9	41,9	1 830	64,8	77,2	57,0	774
Nord-Kivu	64,9	89,7	60,7	1 611	83,2	88,1	76,0	600
Sud-Kivu	64,4	87,9	61,8	1 376	74,9	85,3	68,6	526
Maniema	44,5	74,9	41,8	558	64,2	76,7	60,1	252
Katanga	46,0	64,1	40,9	1 812	64,7	79,2	58,1	797
Kasai-Oriental	43,2	66,5	38,8	1 841	63,7	78,3	57,5	773
Kasai-Occidental	49,9	75,0	45,9	1 210	75,0	87,2	70,6	487
Niveau d'instruction								
Aucun	37,7	63,7	33,0	2 903	57,8	73,6	50,8	316
Primaire	49,6	69,3	43,2	6 949	61,4	74,6	53,3	1 689
Secondaire	66,0	82,9	60,9	8 287	76,9	85,5	70,6	5 068
Supérieur	82,0	94,8	78,9	688	84,1	94,4	79,8	682
Ensemble 15-49	56,2	75,3	50,7	18 827	73,4	83,4	66,9	7 755
50-59	na	na	na	na	69,0	89,5	66,5	901
Ensemble 15-59	na	na	na	na	72,9	84,1	66,8	8 656

na = Non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel.

² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels.

En outre, les résultats révèlent que la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida est positivement associée au niveau d'instruction, cela aussi bien chez les femmes que chez les hommes ; cependant, même chez les femmes et les hommes ayant un niveau d'instruction supérieur le niveau de connaissance des deux moyens de prévention est loin d'être universelle (respectivement 79 % et 80 %). On constate aussi que les femmes et les hommes du milieu urbain connaissent plus fréquemment que ceux du milieu rural ces deux moyens de prévention

mais, là encore, le niveau de connaissance est loin d'être universel en milieu urbain (63 % pour les femmes et 72 % pour les hommes).

Du point de vue provincial, c'est dans le Kasai Oriental (39 %), le Katanga (41 %), le Maniema (42 %) et la province Orientale (42 %) que les femmes sont le moins bien informées. À l'opposé, c'est dans les Kivu, le Bas-Congo et à Kinshasa qu'elles sont le mieux informées (proportions supérieures à 60 %). En ce qui concerne les hommes, les moins bien informés (proportions inférieures à 61 %) et les mieux informés sont ceux des mêmes provinces que les femmes.

3.15 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multi-partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible.

Tableau 16.1. Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes :		Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-24	3,3	7 751	11,3	257	2,5	5 468
..15-19	3,0	4 054	12,1	123	2,2	2 107
..20-24	3,6	3 697	10,5	135	2,6	3 361
25-29	2,8	3 533	15,4	98	2,8	3 482
30-39	2,8	4 809	13,5	137	3,2	4 758
40-49	2,4	2 734	8,6	66	3,7	2 720
État matrimonial						
Célibataire	4,1	4 899	20,1	200	3,1	2 570
En union	1,9	12 096	6,1	230	2,7	12 049
En rupture d'union	7,0	1 833	11,0	128	4,5	1 810
Milieu de résidence						
Urbain	2,9	7 225	21,0	210	2,7	5 963
Rural	3,0	11 602	7,0	348	3,1	10 465
Province						
Kinshasa	2,7	2 255	20,1	62	2,8	1 873
Bas-Congo	1,9	864	*	16	2,5	803
Bandundu	1,1	3 012	(10,4)	33	2,2	2 726
Équateur	5,9	2 457	4,3	146	5,5	2 298
Orientale	5,5	1 830	12,6	101	4,9	1 675
Nord-Kivu	2,3	1 611	(19,9)	37	2,5	1 293
Sud-Kivu	2,8	1 376	*	39	1,9	1 152
Maniema	5,0	558	(20,2)	28	3,0	506
Katanga	3,0	1 812	18,8	55	2,0	1 549
Kasai-Oriental	1,0	1 841	*	19	1,7	1 532
Kasai-Occidental	1,8	1 210	*	22	2,1	1 022
Niveau d'instruction						
Aucun	2,8	2 903	8,4	81	3,0	2 757
Primaire	3,1	6 949	4,5	213	3,2	6 304
Secondaire	2,8	8 287	19,6	234	2,8	6 807
Supérieur	4,5	688	*	31	2,9	561
Ensemble	3,0	18 827	12,2	558	3,0	16 429

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne.

On constate au tableau 16.1 que 3 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois : cette proportion reste inchangée par rapport à l'EDS-RDC de 2007. Selon l'état matrimonial, les femmes célibataires (4 %) et surtout celles en rupture d'union (7 %) ont eu plus fréquemment des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois que celles en union (2 %). Ce comportement est quasiment similaire en milieu urbain qu'en milieu rural (3 % dans chaque milieu) et il est plus fréquent parmi les femmes les plus instruites (5 % chez les femmes de niveau d'études supérieur). Au niveau provincial, ce comportement varie d'un minimum de 1 % au Bandundu et au Kasai-Oriental à un maximum de 6 % dans la province Orientale et à l'Équateur.

Parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, seulement 12 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels. Les femmes du milieu urbain qui ont eu le plus fréquemment des partenaires multiples sont celles ayant utilisé le plus couramment un condom : 21 % en urbain contre 7 % en rural.

Les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 3,0 partenaires sexuels au cours de leur vie. Les femmes ayant déclaré avoir eu le plus de partenaires sexuels sont celles en rupture d'union (4,5), celles de l'Équateur (5,5) et de la province Orientale (4,9).

Le tableau 16.2 présente les mêmes résultats pour les hommes. On constate que 22 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois : cette proportion est plus élevée que celle de l'EDS-RDC de 2007 (17 %). Par rapport aux hommes célibataires (14 %), ce sont les hommes en union (28 %) et ceux en rupture d'union (28 %) qui ont eu le plus fréquemment des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois. Contrairement aux femmes, ce comportement est plus courant en milieu rural qu'en milieu urbain (24 % contre 20 %) et il augmente avec le niveau d'instruction, passant de 19 % chez les hommes sans instruction à 25 % chez ceux de niveau d'études supérieur. Au niveau provincial, ce comportement varie d'un minimum de 15 % au Nord-Kivu et au Bas-Congo à un maximum de 33 % dans la province Orientale.

Parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, seulement 12 % (comme les femmes), ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels. C'est parmi les célibataires que l'utilisation du condom est la plus élevée : 27 %, contre 26 % pour les hommes en rupture d'union et seulement 6 % pour les hommes en union. Par rapport au niveau national, le condom est plus fréquemment utilisé en milieu urbain (24 % contre 7 % en rural), à Kinshasa (28 % contre seulement 2 % dans le Maniema), et parmi les hommes de niveau d'instruction supérieur (21 % contre seulement 5 % chez ceux sans instruction).

Les hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 11,6 partenaires sexuels au cours de leur vie : cette moyenne est plus élevée que celle rapportée à l'EDS-RDC de 2007 (9,4). Comme chez les femmes, les hommes ayant déclaré avoir eu le plus de partenaires sexuels sont ceux en rupture d'union (15,0), du milieu rural (12,1), du Maniema (21,6), de la province Orientale (19,3), de l'Équateur (15,5) et ceux de niveau d'instruction supérieur (12,2).

Tableau 16.2 Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois : Hommes

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes :		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	15,0	3 147	22,4	473	7,0	2 033
..15-19	8,7	1 740	17,3	152	4,1	805
..20-24	22,8	1 407	24,8	321	9,0	1 228
25-29	28,6	1 232	13,8	352	11,1	1 161
30-39	27,7	1 897	9,7	524	14,2	1 821
40-49	24,7	1 479	2,9	366	15,3	1 422
État matrimonial						
Célibataire	13,8	3 239	27,3	446	6,9	2 071
En union	28,1	4 230	6,3	1 190	13,8	4 087
En rupture d'union	27,6	287	25,5	79	15,0	279
Milieu de résidence						
Urbain	19,7	2 910	23,6	573	10,8	2 355
Rural	23,6	4 845	7,1	1 142	12,1	4 081
Province						
Kinshasa	19,4	881	28,2	171	9,7	718
Bas-Congo	15,1	340	(47,7)	51	8,5	291
Bandundu	18,0	1 228	11,5	221	10,1	1 069
Équateur	31,6	1 098	4,4	347	15,5	937
Orientale	32,8	774	6,2	254	19,3	649
Nord-Kivu	14,7	600	19,1	88	7,7	497
Sud-Kivu	21,0	526	17,0	110	14,2	421
Maniema	25,7	252	2,0	65	21,6	214
Katanga	22,1	797	18,0	176	9,5	665
Kasaï-Oriental	18,6	773	9,0	144	6,1	581
Kasaï-Occidental	18,0	487	6,1	88	7,9	394
Niveau d'instruction						
Aucun	19,3	316	5,3	61	9,0	282
Primaire	19,9	1 689	7,3	336	11,0	1 370
Secondaire	22,7	5 068	13,3	1 149	11,9	4 162
Supérieur	24,7	682	21,0	169	12,2	621
Ensemble 15-49	22,1	7 755	12,6	1 715	11,6	6 436
50-59	18,4	901	5,5	166	17,4	847
Ensemble 15-59	21,7	8 656	12,0	1 881	12,3	7 283

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés..

¹ Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne.

ANNEXE

INDICATEURS CLÉS SELON LES NOUVELLES PROVINCES

Annexe 1. Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon les nouvelles provinces, République Démocratique du Congo 2013

Nouvelle Province	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Méthode moderne										Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle			N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
			Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injec-table	Implant	Condom masculin	Condom féminin	MJF/ Collier	Autre		Rythme	Retrait	Autre			
Kinshasa	44,8	19,0	0,8	0,0	3,0	0,5	3,4	2,4	6,7	0,2	0,5	1,5	25,7	15,7	7,7	2,3	55,2	100,0	1 003
Kwango	28,0	10,3	0,5	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	8,6	0,0	0,0	0,8	17,7	5,0	12,6	0,1	72,0	100,0	581
Kwilu	22,7	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,9	5,6	0,0	0,0	1,2	13,6	3,9	9,5	0,2	77,3	100,0	913
Mai-Ndombe	28,9	4,6	0,0	0,0	0,5	0,0	0,6	0,0	3,2	0,0	0,0	0,3	24,3	12,7	10,7	0,8	71,1	100,0	614
Kongo Central	37,8	17,2	0,9	0,0	1,9	0,0	2,1	0,0	10,0	0,5	0,3	1,4	20,6	5,4	14,2	1,0	62,2	100,0	489
Équateur	41,5	7,5	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	34,0	29,2	4,8	0,1	58,5	100,0	338
Mongala	11,3	2,5	1,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	8,8	6,0	2,8	0,0	88,7	100,0	344
Nord-Ubangi	8,7	3,3	0,8	0,0	0,0	0,2	1,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,5	5,4	5,2	0,2	0,0	91,3	100,0	210
Sud-Ubangi	9,5	4,2	1,3	0,0	0,2	0,2	0,6	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	5,3	4,2	0,8	0,4	90,5	100,0	577
Tshuapa	15,6	3,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,8	0,3	0,4	0,5	12,6	5,9	3,9	2,8	84,4	100,0	290
Kasai	29,1	6,7	1,1	0,0	1,1	0,0	2,4	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	22,4	20,4	1,7	0,3	70,9	100,0	424
Kasai-Central	18,6	6,3	0,3	0,0	0,1	0,0	1,2	0,3	3,0	0,2	1,1	0,1	12,3	8,9	2,1	1,3	81,4	100,0	476
Kasai-Oriental	11,4	5,8	0,6	0,0	0,9	0,7	0,8	0,2	2,3	0,0	0,3	0,0	5,7	4,7	0,5	0,4	88,6	100,0	563
Lomami	14,8	3,8	0,2	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	2,7	0,0	0,0	0,4	11,0	5,6	4,2	1,2	85,2	100,0	564
Sankuru	7,1	1,5	0,5	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	5,7	3,0	0,0	2,6	92,9	100,0	226
Haut-Katanga	16,2	5,6	0,1	0,0	0,8	0,0	0,5	0,1	3,7	0,0	0,0	0,4	10,6	7,3	2,2	1,1	83,8	100,0	490
Haut-Lomami	12,9	2,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,4	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	10,4	3,7	6,1	0,6	87,1	100,0	234
Lualaba	14,0	3,7	0,1	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	2,5	0,0	0,3	0,0	10,3	3,1	2,4	4,9	86,0	100,0	230
Tanganyika	6,4	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	4,8	0,3	1,3	3,2	93,6	100,0	204
Maniema	18,2	8,2	3,2	0,0	0,1	0,0	1,7	0,6	2,1	0,0	0,5	0,0	10,0	5,1	4,9	0,1	81,8	100,0	427
Nord-Kivu	16,2	11,6	2,1	0,0	1,1	1,3	2,5	2,1	1,5	0,0	1,0	0,0	4,6	4,2	0,5	0,0	83,8	100,0	875
Bas-Uele	8,2	4,2	0,1	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	3,9	3,2	0,7	0,0	91,8	100,0	238
Haut-Uele	12,0	5,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,8	2,0	1,2	0,0	0,0	0,0	7,0	6,4	0,5	0,1	88,0	100,0	219
Ituri	5,7	3,6	1,4	0,0	0,7	0,0	0,3	1,0	0,2	0,0	0,0	0,0	2,1	1,7	0,0	0,4	94,3	100,0	370
Tshopo	18,6	8,1	0,5	0,0	0,4	0,0	0,9	0,9	4,5	0,0	0,9	0,0	10,4	5,6	4,6	0,3	81,4	100,0	331
Sud-Kivu	13,2	7,9	0,6	0,9	1,2	0,0	1,9	1,5	0,6	0,0	0,9	0,1	5,3	2,8	1,0	1,4	86,8	100,0	864
Ensemble	20,4	7,8	0,7	0,1	0,7	0,2	1,2	0,7	3,4	0,1	0,3	0,4	12,6	7,2	4,5	0,9	79,6	100,0	12 096

Note: Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

MJF = Méthode des jours fixes.

Annexe 2. Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, Parmi toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon les nouvelles provinces, République Démocratique du Congo 2013

Nouvelle Province	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé ¹	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Kinshasa	96,4	77,2	888	97,4	97,9	1 306
Kwango	81,9	57,3	544	60,9	67,1	907
Kwilu	94,7	70,1	828	93,3	93,6	1 351
Mai-Ndombe	90,1	71,0	491	90,8	88,0	721
Kongo Central	95,1	81,5	545	94,9	94,2	846
Équateur	89,1	59,6	342	83,7	78,4	538
Mongala	77,4	36,0	316	60,1	49,1	551
Nord-Ubangi	86,9	59,1	177	53,6	47,9	298
Sud-Ubangi	89,3	52,5	471	70,4	70,6	803
Tshuapa	68,6	47,5	257	37,7	40,9	432
Kasai	86,1	57,8	377	81,9	80,6	641
Kasai-Central	90,9	68,0	410	83,2	87,0	728
Kasai-Oriental	85,3	67,3	427	88,9	89,1	741
Lomami	80,8	65,5	517	66,9	68,3	897
Sankuru	69,8	40,8	209	38,5	46,0	345
Haut-Katanga	85,9	62,7	500	86,9	86,7	911
Haut-Lomami	76,5	63,3	240	46,4	43,8	403
Lualaba	90,8	78,0	211	68,9	70,3	363
Tanganyika	50,7	35,3	205	17,3	16,0	343
Maniema	91,7	76,3	381	86,6	88,0	608
Nord-Kivu	97,4	67,7	843	91,7	91,6	1 464
Bas-Uele	86,0	63,6	238	73,4	71,9	396
Haut-Uele	93,4	56,2	195	89,4	88,1	305
Ituri	93,9	68,6	364	91,3	91,4	566
Tshopo	79,9	66,9	255	88,1	76,8	393
Sud-Kivu	95,8	75,7	839	92,4	92,6	1 533
Ensemble	88,4	65,5	11 065	80,1	79,9	18 390

¹ Les médecins, les infirmières ou les accoucheuses sont considérés ici comme des prestataires formés.

² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante

Annexe 3. Vaccination

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon les nouvelles provinces, République Démocratique du Congo 2013

Nouvelle Province	Pentavalent				Polio				Rougeole	Tous les vaccins ²	Aucun vaccin	Fièvre Jaune	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
	BCG	1	2	3	0 ¹	1	2	3						
Kinshasa	96,7	97,8	95,8	83,7	82,5	97,1	93,3	80,2	89,0	67,7	0,9	86,7	43,9	267
Kwango	86,7	82,9	77,9	67,5	40,6	91,5	84,0	67,4	75,5	49,2	5,3	69,9	20,3	169
Kwilu	94,0	91,2	79,3	62,3	40,4	96,5	91,7	53,5	77,7	38,2	2,2	72,8	12,3	241
Mai-Ndombe	86,6	86,6	83,7	54,9	46,9	88,8	80,9	53,6	78,6	40,2	5,3	76,6	18,5	149
Kongo Central	95,6	93,5	90,2	84,1	69,5	96,1	92,0	61,0	84,6	54,7	2,5	85,5	32,2	161
Équateur	79,3	79,8	76,1	60,6	59,4	89,7	87,9	76,4	69,4	50,1	3,6	64,9	51,4	121
Mongala	56,4	41,6	17,1	14,2	7,2	85,6	77,4	50,6	51,5	5,8	14,1	25,1	2,6	101
Nord-Ubangi	67,4	78,3	69,1	54,2	21,7	88,8	84,8	60,4	72,5	35,4	7,2	62,0	7,1	50
Sud-Ubangi	82,4	81,6	71,1	53,8	40,0	90,6	79,8	65,6	71,1	41,9	8,1	63,9	27,9	144
Tshuapa	65,3	56,4	44,5	23,4	10,8	93,3	86,1	64,8	66,4	21,2	4,4	46,2	3,9	77
Kasaï	79,6	71,5	58,8	44,3	47,1	93,4	81,7	62,7	61,7	32,8	4,7	48,6	25,9	92
Kasaï-Central	88,5	89,8	82,7	64,8	55,4	92,3	86,1	71,4	71,3	49,9	2,9	72,3	34,5	127
Kasaï-Oriental	86,4	84,5	79,4	70,5	61,1	90,5	82,3	71,8	57,8	47,7	8,2	57,3	31,6	146
Lomami	87,3	78,1	71,2	52,5	43,0	92,7	83,5	63,1	66,5	36,9	5,1	61,5	10,7	155
Sankuru	53,2	53,8	39,8	13,2	13,8	75,6	57,6	35,4	37,3	8,3	20,4	30,3	7,6	60
Haut-Katanga	85,9	82,6	77,4	68,3	58,7	94,4	90,3	84,0	67,1	51,5	4,4	55,4	31,5	151
Haut-Lomami	71,3	66,0	57,8	50,1	40,0	91,2	86,1	69,8	55,8	44,9	7,0	52,0	25,3	85
Lualaba	56,9	59,5	49,7	43,4	35,4	89,9	78,4	65,0	39,4	31,7	9,1	39,4	19,2	64
Tanganyika	36,7	38,7	30,7	18,1	15,3	82,9	70,3	45,3	27,9	13,8	15,4	12,5	4,5	59
Maniema	72,2	73,8	66,7	47,2	37,5	89,2	81,0	64,5	62,3	42,0	10,7	55,3	17,7	115
Nord-Kivu	95,1	94,4	91,1	87,0	73,9	94,8	89,0	75,0	85,3	70,6	3,1	85,2	44,2	288
Bas-Uele	62,5	54,8	45,0	34,7	35,2	70,8	63,4	27,6	69,6	16,6	22,8	52,2	10,7	77
Haut-Uele	63,4	59,8	57,3	37,5	35,7	70,1	56,8	33,5	59,0	21,5	27,2	43,5	8,5	58
Ituri	91,5	90,1	75,9	57,5	42,0	99,5	93,3	83,5	72,6	47,4	0,0	68,0	16,4	104
Tshopo	71,9	67,8	55,6	48,3	42,0	90,2	74,4	51,7	64,6	26,1	5,0	41,2	12,8	77
Sud-Kivu	95,6	95,1	88,5	75,6	62,1	94,5	86,9	75,5	87,8	62,3	2,9	84,2	42,4	231
Ensemble	83,4	81,2	73,8	60,5	49,9	91,7	84,5	65,6	71,6	45,3	5,9	65,4	26,0	3 366

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

¹ Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.

² BCG, rougeole, les trois doses de Pentavalent et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

Annexe 4. Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO), ou à qui on a donné des liquides de SRO préconditionnés et pourcentage qui ont été traités avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon les nouvelles provinces, République Démocratique du Congo 2013

Nouvelle Province	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ³	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ⁴	Effectif avec la diarrhée
Kinshasa	*	30	48,7	238	37,9	39,4	41,4	231
Kwango	(51,8)	52	49,2	174	44,7	42,5	56,0	123
Kwilu	(23,9)	92	32,1	277	25,4	44,8	49,3	172
Mai-Ndombe	*	24	45,5	193	50,0	36,7	45,5	82
Kongo Central	*	18	42,9	261	47,1	53,7	60,4	94
Équateur	(31,5)	55	42,7	230	(49,3)	(53,4)	(54,5)	69
Mongala	*	26	55,4	133	51,2	19,0	22,8	61
Nord-Ubangi	(53,0)	19	39,5	65	30,8	19,1	20,4	50
Sud-Ubangi	33,9	93	40,6	207	34,8	36,1	36,1	130
Tshuapa	(27,3)	33	44,0	132	27,7	14,4	14,4	67
Kasaï	(29,1)	21	40,0	195	34,0	47,3	47,6	145
Kasaï-Central	(45,4)	40	29,7	284	40,4	44,0	48,5	159
Kasaï-Oriental	(38,6)	31	29,4	226	20,7	49,6	51,2	135
Lomami	63,4	117	45,8	378	39,5	31,4	36,6	169
Sankuru	(29,9)	14	42,9	90	38,8	33,1	33,1	60
Haut-Katanga	(68,6)	42	40,7	196	25,8	28,3	29,6	139
Haut-Lomami	(28,7)	24	43,4	143	37,9	43,2	44,8	91
Lualaba	(49,2)	18	40,1	109	42,2	34,1	40,7	69
Tanganyika	*	7	31,6	144	49,0	63,2	63,7	49
Maniema	(54,5)	24	45,5	130	70,3	56,9	57,8	51
Nord-Kivu	29,9	173	39,2	315	41,5	38,7	41,0	193
Bas-Uele	(16,1)	25	26,1	107	34,8	36,5	38,0	74
Haut-Uele	(60,4)	14	36,6	82	54,7	36,6	37,2	61
Ituri	*	8	30,9	86	28,2	23,3	23,3	50
Tshopo	(35,4)	17	35,6	85	(44,2)	(24,0)	(25,7)	20
Sud-Kivu	42,3	116	37,2	530	46,1	38,5	38,6	308
Ensemble	41,6	1 133	39,9	5 013	39,0	39,1	41,9	2 852

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associés à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie.

² Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels.

³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO pré-conditionnés.

⁴ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO), les liquides SRO pré-conditionnés et les solutions maison recommandées

Annexe 5. État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon les nouvelles provinces, République Démocratique du Congo 2013

Nouvelle Province	Taille-pour-âge ¹		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de	Pourcentage en dessous de	Pourcentage en dessous de	Pourcentage en dessous de	Pourcentage en dessous de	Pourcentage en dessous de	
	-3 ET	-2 ET ²	-3 ET	-2 ET ²	-3 ET	-2 ET ²	
Kinshasa	5,7	17,3	0,7	3,5	1,7	5,5	617
Kwango	25,4	45,6	3,9	11,6	12,2	33,1	480
Kwilu	15,2	38,9	1,2	6,1	4,3	21,3	691
Mai-Ndombe	13,4	32,0	6,4	14,0	5,6	22,9	392
Kongo Central	24,7	45,9	2,9	11,1	11,0	27,3	372
Équateur	6,1	23,1	0,6	4,5	2,2	12,8	269
Mongala	23,7	40,9	2,5	5,5	7,2	20,8	283
Nord-Ubangi	19,2	41,5	0,4	4,4	3,5	13,3	147
Sud-Ubangi	20,8	40,8	1,9	6,3	5,3	19,8	460
Tshuapa	26,4	47,8	2,4	9,2	8,0	30,8	176
Kasai	35,3	57,9	1,9	8,6	9,9	36,6	301
Kasai-Central	26,1	46,8	0,7	6,1	10,3	25,7	383
Kasai-Oriental	16,9	37,8	3,4	7,9	4,1	16,9	357
Lomami	32,3	51,1	1,4	6,5	12,3	31,8	440
Sankuru	23,5	50,1	4,1	9,6	11,8	27,3	183
Haut-Katanga	21,1	40,4	1,2	5,9	3,7	16,4	424
Haut-Lomami	29,0	49,5	1,5	9,9	11,5	28,0	201
Lualaba	17,7	42,1	3,1	9,6	3,6	17,0	158
Tanganyika	26,3	51,0	3,8	10,6	6,8	24,1	175
Maniema	20,7	46,4	8,6	22,7	13,0	31,9	312
Nord-Kivu	28,9	52,0	1,7	4,7	5,5	21,4	711
Bas-Uele	15,2	43,1	2,2	6,1	6,2	16,3	174
Haut-Uele	24,4	40,7	4,0	7,6	7,0	17,4	160
Ituri	26,3	44,5	7,1	8,5	5,5	22,2	278
Tshopo	26,7	42,4	2,4	6,3	5,9	22,9	221
Sud-Kivu	34,3	53,0	3,1	7,2	10,3	26,0	664
Ensemble	22,5	42,7	2,6	7,9	7,2	22,6	9 030

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

¹ Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée; les autres enfants sont mesurés en position debout

² Y compris les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant

Annexe 6 Prévalence du paludisme chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme étant atteints de paludisme, selon les nouvelles provinces, République Démocratique du Congo 2013-2014

Nouvelle Province	Tests de diagnostic rapide (TDR)		Gouttes épaisses (GE)	
	Pourcentage d'enfants positifs	Effectif d'enfants testés sur le terrain	Pourcentage d'enfants positifs	Effectif d'enfants dont le sang a été testé au laboratoire
Kinshasa	17,1	532	18,1	532
Kwango	19,3	406	10,3	411
Kwilu	14,4	636	8,3	636
Mai-Ndombe	31,1	372	29,7	365
Kongo Central	47,1	347	23,7	351
Équateur	26,4	237	14,6	251
Mongala	25,3	269	20,7	269
Nord-Ubangi	47,5	127	33,2	127
Sud-Ubangi	23,6	431	16,9	433
Tshuapa	26,6	173	18,0	174
Kasai	40,3	268	26,0	267
Kasai-Central	47,7	344	36,6	345
Kasai-Oriental	37,2	329	23,4	328
Lomami	66,2	408	38,0	410
Sankuru	31,5	158	18,8	144
Haut-Katanga	23,3	357	23,1	351
Haut-Lomami	43,3	192	28,4	195
Lualaba	42,5	140	39,2	140
Tanganyika	66,0	155	48,6	155
Maniema	44,1	287	34,2	285
Nord-Kivu	2,9	654	5,0	655
Bas-Uele	73,1	162	54,5	163
Haut-Uele	66,5	144	47,9	144
Ituri	44,1	288	34,8	289
Tshopo	25,9	215	23,2	213
Sud-Kivu	12,0	610	9,9	462
Ensemble	30,8	8 240	22,6	8 097

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Annexe 7. Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon les nouvelles provinces, République Démocratique du Congo 2013-2014

Nouvelle Province	Femme		Homme	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Kinshasa	99,6	2 255	99,5	881
Kwango	97,7	836	97,2	339
Kwilu	95,8	1 360	97,9	524
Mai-Ndombe	92,7	816	97,4	365
Kongo Central	99,6	864	99,7	340
Équateur	97,8	520	94,9	248
Mongala	96,0	456	97,1	202
Nord-Ubangi	82,2	278	93,3	118
Sud-Ubangi	89,3	785	94,6	367
Tshuapa	96,1	418	96,4	164
Kasaï	85,5	541	93,8	199
Kasaï-Central	93,2	669	98,3	288
Kasaï-Oriental	97,4	745	99,9	318
Lomami	90,8	793	94,0	320
Sankuru	74,9	303	91,9	134
Haut-Katanga	91,0	827	99,5	376
Haut-Lomami	69,7	353	90,0	176
Lualaba	91,8	333	97,2	121
Tanganyika	66,8	299	90,8	124
Maniema	90,0	558	96,2	252
Nord-Kivu	98,4	1 611	99,2	600
Bas-Uele	92,5	370	98,6	155
Haut-Uele	87,3	370	96,7	158
Ituri	95,4	585	97,6	235
Tshopo	96,3	505	97,2	226
Sud-Kivu	99,7	1 376	99,1	526
Ensemble 15-49	94,0	18 827	97,3	7 755
50-59	na	na	98,2	901
Ensemble 15-59	na	na	97,4	8 656

na: Non applicable.

Annexe 8. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon les nouvelles provinces, République Démocratique du Congo 2013-2014 sociodémographiques, République Démocratique du Congo 2013-2014

Nouvelle Province	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :				Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif d'hommes
Kinshasa	69,0	85,3	63,5	2 255	80,1	90,9	75,1	881
Kwango	72,3	84,3	66,4	836	86,4	86,4	78,5	339
Kwilu	52,7	69,4	45,9	1 360	77,2	83,2	69,1	524
Mai-Ndombe	59,7	71,4	50,6	816	71,8	81,2	62,5	365
Kongo Central	69,0	77,5	61,8	864	91,6	96,6	89,8	340
Équateur	68,7	81,3	60,0	520	83,8	88,6	79,4	248
Mongala	50,5	66,3	38,6	456	70,8	76,4	58,7	202
Nord-Ubangi	40,4	61,5	36,2	278	72,5	78,4	65,6	118
Sud-Ubangi	45,2	69,7	39,4	785	62,9	76,8	55,2	367
Tshuapa	66,8	81,6	60,2	418	72,1	85,8	66,1	164
Kasaï	38,9	65,1	34,2	541	65,5	80,6	59,2	199
Kasaï-Central	58,7	83,0	55,5	669	81,5	91,8	78,5	288
Kasaï-Oriental	53,3	78,3	48,8	745	57,5	77,4	49,6	318
Lomami	32,0	55,1	26,7	793	67,5	80,2	64,2	320
Sankuru	47,6	67,3	46,0	303	69,2	75,6	59,9	134
Haut-Katanga	51,5	74,4	46,1	827	66,0	86,5	61,8	376
Haut-Lomami	28,5	37,8	22,8	353	61,0	68,2	52,6	176
Lualaba	54,2	69,7	46,6	333	64,0	76,1	53,0	121
Tanganyika	42,5	60,8	41,4	299	66,7	75,5	59,6	124
Maniema	44,5	74,9	41,8	558	64,2	76,7	60,1	252
Nord-Kivu	64,9	89,7	60,7	1 611	83,2	88,1	76,0	600
Bas-Uele	56,7	67,3	50,0	370	66,4	82,7	59,2	155
Haut-Uele	39,7	59,4	31,5	370	65,0	83,8	59,1	158
Ituri	42,0	60,9	35,8	585	59,0	66,6	49,5	235
Tshopo	53,3	75,5	50,6	505	69,6	79,9	61,8	226
Sud-Kivu	64,4	87,9	61,8	1 376	74,9	85,3	68,6	526
Ensemble 15-49	56,2	75,3	50,7	18 827	73,4	83,4	66,9	7 755
50-59	na	na	na	na	69,0	89,5	66,5	901
Ensemble 15-59	na	na	na	na	72,9	84,1	66,8	8 656

na = Non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel.

² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels.